

## BAB 2

### GAMBARAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Pada bab ini akan disajikan mengenai kasus pasien kelolaan yaitu yang digambarkan dari pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### 2.1 Asuhan Keperawatan Pasien Kelolaan Utama

##### 2.1.1 Pengkajian

##### 2.1.1.1 Identitas Pasien

Tabel 2.1 Identitas Pasien 1 dan 2

IDENTITAS PASIEN	PASIEN 1	PASIEN 2
Nama	Ny. H	Tn. A
Tanggal Lahir	21-07-1960	05-01-1967
Umur	63 tahun	56 tahun
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Pendidikan	SD	SMA
Pekerjaan	IRT	Karyawan Swasta
Agama	ISLAM	ISLAM
Alamat	Kraton	Pohjentrek
Tanggal MRS	13-01-2024	15-01-2024
Dx Masuk	CHF + HHD + CAD	AF RVR + CHF + HHD + CAD
Tanggal Pengkajian	14-01-2024	15-01-2024
Waktu Pengkajian	08.00	16.00

##### 2.1.1.2 Identitas Keluarga

Tabel 2.2 Identitas Keluarga pasien 1 dan 2

PENANGGUNG JAWAB	PASIEN 1	PASIEN 2
Nama	Tn. K	Ny. R
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Pekerjaan	Petani	IRT
Alamat	Kraton	Pohjentrek
Hubungan dengan Pasien	Suami	Istri

### 2.1.1.3 Status Kesehatan

Tabel 2.3 Status Kesehatan Pasien 1 dan 2

Status Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan Utama	Pasien mengatakan ngonsrong	Pasien mengatakan ndrodog
Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien mengatakan ngongsrong, pusing, dada terasa ampek, mual, tapi tidak muntah, kaki bengkak sejak 2 hari yang lalu, mudah terasa lemas jika berjalan agak jauh, dirasakan sejak 3 hari yang lalu, ngongsrong dirasa semakin memberat, dan sering terbangun jika posisi tirah baring saat tidur, kemudian suami pasien membawa ke IGD RSUD Bangil untuk mendapatkan perawatan. Setelah mendapat perawatan oleh tim medis, pasien dipindahkan ke ruang ICCU untuk mendapatkan perawatan dan obsevasi lanjutan.	Pasien mengatakan ndrodog dirasakan sejak 2 hari yang lalu tetapi akan hilang saat dibuat istirahat, mual, tapi tidak muntah, ngongsrong jika berjalan agak jauh, pasien terasa ndrodog berlebih setelah mengangkat galon di rumahnya dan tiba-tiba keringat dingin dan lemas. Melihat kondisi yang seperti itu maka istri dan anaknya membawa pasien ke IGD RSUD Bangil untuk mendapatkan pertolongan, setelah dilakukan penanganan oleh tim medis, pasien dipindahkan ke ruang ICCU untuk mendapatkan perawatan dan observasi lanjutan terkait keluhan dan kondisi klinis pasien.
Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit dahulu sebelumnya	Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi
Riwayat Penyakit Keluarga	Pasien mengatakan ayahnya dahulu pernah sakit jantung dan hipertensi	Pasien mengatakan ibunya dahulu pernah sakit diabetes mellitus

### 2.1.1.4 Pemeriksaan Fisik

Tabel 2.4 Pemeriksaan Fisik Pasien 1 dan 2

Pemeriksaan Fisik	Pasien 1	Pasien 2
Keadaan Umum	Lemah	Lemah
Kesadaran	Composmentis	Composmentis
GCS	E4V5M6	E4V5M6
Tanda-tanda Vital	TD : 153/87 mmHg N : 90 x/menit RR : 28 x/menit SpO2 : 99% on NRBM 10 lpm	TD : 148/83 mmHg N : 121 x/menit AF RVR RR : 24 x/menit SpO2 : 99% on NRBM 10 lpm
Sistem Pernapasan	<p>Pasien mengatakan napasnya cepat dan pendek</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inspeksi : Pasien tampak napas cepat dan dangkal, napas spontan, Bentuk dada simetris, frekuensi 28 x/menit, irama napas teratur, pola napas takipnea, terdapat pernapasan cuping hidung, terdapat otot bantu pernapasan <i>sternocleidomastoid</i>, terpasang alat bantu napas NRBM 10 lpm</li> <li>▪ Palpasi : <i>Vocal Premitus anterior</i> dan <i>posterior teraba</i>, ekspansi paru anterior dan posterior normal, tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan</li> <li>▪ Perkusi : Terdengar sonor, batas paru hepar ICS 4-6 <i>sternalis dextra</i></li> <li>▪ Auskultasi : Suara napas wheezing, suara</li> </ul>	<p>Pasien mengatakan napas cepat dan pendek</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inspeksi : Pasien tampak napas cepat dan dangkal, tampak sesekali batuk, napas spontan, Bentuk dada simetris, frekuensi 24x/menit, irama napas teratur, pola napas takipnea, terdapat pernapasan cuping hidung, terdapat otot bantu pernapasan <i>sternocleidomastoid</i> terpasang alat bantu napas NRBM 10 lpm</li> <li>▪ Palpasi : <i>Vocal Premitus anterior</i> dan <i>posterior teraba</i>, ekspansi paru anterior dan posterior normal, tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan</li> <li>▪ Perkusi : Terdengar sonor, batas paru hepar ICS 4-6 <i>sternalis dextra</i></li> <li>▪ Auskultasi :</li> </ul>

	ucapan tidak terlalu jelas	Suara napas wheezing, suara ucapan tidak terlalu jelas
Sistem Kardiovaskuler	<p>Pasien mengatakan dada kadang terasa ampek, pasien kurang tidur, tidur kurang lebih 5 jam sehari karena sulit tidur diakibatkan karena ngongsrong yang dialaminya sehingga ketika tidur sering terbangun</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inspeksi : Bentuk dada normal, tidak ada kelainan, tidak ada sianosis, tidak ada benjolan</li> <li>▪ Palpasi : <i>Ictus cordis</i> teraba di RIC V (<i>Right Inter Costae V</i>), akral hangat, CRT &lt;3 detik, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, nadi teraba lemah, teratur TD : 153/87 mmHg MAP : 109 mmHg N : 90 x/menit</li> <li>▪ Perkusi : Batas atas sonor, batas bawah batas kanan kiri bunyi redup</li> <li>▪ Auskultasi : BJ II-aorta : normal lup dup, BJ II-pulmonal : normal lup dup, kedua BJ II aorta dan pulmonal ditimbulkan oleh penutupan katup-katup aorta</li> </ul>	<p>Pasien mengatakan ndrodog dan terasa ampek, pasien kurang tidur tidur kurang lebih 3 jam sehari karena sulit tidur diakibatkan karena ndrodog yang dirasakan dan disertai keringat dingin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inspeksi : Bentuk dada normal, tidak ada kelainan, tidak ada sinosis, tidak ada benjolan, terdapat sedikit bulu dada</li> <li>▪ Palpasi : <i>Ictus cordis</i> teraba di RIC V (<i>Right Inter Costae V</i>), akral hangat, CRT &lt;3 detik, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, nadi teraba lemah, irama tidak teratur TD : 148/83 mmHg MAP : 104 mmHg N : 121 x/menit</li> <li>▪ Perkusi : Batas atas sonor, batas bawah kanan kiri bunyi redup</li> <li>▪ Auskultasi : BJ II-aorta : normal lup dup, BJ II-pulmonal : normal lup dup, kedua BJ II aorta dan pulmonal</li> </ul>

	<p>dan pulmonal menandakan fase diastolik ventrikel BJ I-trikuspidalis : normal lup dup, BJ I-mitral : normal lup, kedua BJ I trikuspidalis dan mitral ditumbulkan oleh penutupan katup-katup mitral dan trikuspidalis menandakan fase sistolik ventrikel Tidak ada bunyi jantung tambahan</p>	<p>ditimbulkan oleh penutupan katup-katup aorta dan pulmonal menandakan fase diastolik ventrikel BJ I-trikuspidalis : normal lup dup, BJ I-mitral : normal lup, kedua BJ I trikuspidalis dan mitral ditumbulkan oleh penutupan katup-katup mitral dan trikuspidalis menandakan fase sistolik ventrikel Tidak ada bunyi jantung tambahan</p>
Sistem Persyarafan	<p>Pasien mengatakan namanya Ny. H, pasien mengeluh pusing hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inspeksi : Memori pasien baik dapat mengulang, Bahasa pasien baik, kognitif baik, orientasi orang, tempat, dan waktu baik, tidak ada luka Kesadaran Composmentis, GCS 456</li> <li>▪ Palpasi : Saraf sensorik nyeri ketuk, suhu, sentuhan baik, saraf koordinasi baik, reflek fisiologi patella, achilles, bisep, trisep, brakipradialis normal, tidak ada reflek patologis, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan</li> </ul>	<p>Pasien mengatakan namanya Tn. A,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inspeksi : Memori pasien baik dapat mengulang dengan baik, Bahasa pasien baik, kognitif baik, orientasi orang, tempat, dan waktu baik, tidak ada luka, Kesadaran Composmentis, GCS 456</li> <li>▪ Palpasi : Saraf sensorik nyeri ketuk, suhu, sentuhan baik, saraf koordinasi baik, reflek fisiologi patella, achilles, bisep, trisep, brakipradialis normal, tidak ada reflek patologis, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan</li> </ul>
Sistem Pencernaan	<p>Status nutrisi : BB 60 kg, TB 155 cm dengan nilai IMT 24,9 kategori berat badan pasien normal. Pasien selama 6 bulan tidak ada penurunan</p>	<p>Status nutrisi : BB 70 kg, TB 165 cm dengan nilai IMT 25,7 kategori berat badan pasien gemuk. Pasien selama 6 bulan tidak ada penurunan</p>

	<p>BB, dengan arti nafsu makan baik Eliminasi dan diet : Pasien BAB 1x/hari, terakhir BAB kemarin dengan konsistensi lembek dan warna kuning. Pasien makan 3x/hari, nafsu makan baik dan porsi makan selalu habis</p> <p>Abdomen ▪ Inspeksi : Bentuk perut normal, tidak ada massa, tidak ada benjolan, tidak ada asites</p> <p>▪ Auskultasi : Peristaltic usus 14x/menit</p> <p>▪ Palpasi : Perut pasien tidak ada gangguan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada luka, tidak ada pembesaran hepar</p> <p>▪ Perkusi : Pasien tidak ada asites, pada ginjal tidak ada nyeri ketuk</p>	<p>BB, dengan arti nafsu makan baik Eliminasi dan diet : Pasien BAB 1x/hari, terakhir BAB kemarin dengan konsistensi padat dan warna kuning. Pasien makan 4x/hari, nafsu makan baik dan porsi makan selalu habis</p> <p>Abdomen ▪ Inspeksi : Bentuk perut normal, tidak ada massa, tidak ada benjolan, tidak ada asites, tidak ada luka</p> <p>▪ Auskultasi : Peristaltic usus 17x/menit</p> <p>▪ Palpasi : Perut pasien kembung, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada luka, tidak ada pembesaran hepar</p> <p>▪ Perkusi : Pasien tidak ada asites, pada ginjal tidak nyeri ketuk</p>
Sistem Perkemihan	<p>Pasien mengatakan merasa tidak nyaman karena terpasang kateter</p> <p>▪ Inspeksi : Kebersihan bersih, tidak ada keluhan saat berkemih, pasien terpasang DC (<i>Dower Catheter</i>) ukuran No. 16, produksi urine 1100ml/24 jam, warna kuning jernih, berbau khas, <i>vesika urinaria</i> tidak membesar</p>	<p>Pasien mengatakan merasa ada yang mengganjal saat BAK</p> <p>▪ Inspeksi : Kebersihan bersih, tidak ada keluhan saat berkemih, pasien terpasang DC (<i>Dower Catheter</i>) ukuran No. 16, produksi urine 1300ml/24 jam, warna kuning jernih, berbau khas, <i>vesika urinaria</i> tidak membesar</p>

	<p>▪ Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada distensi urine</p> <p>Intake : Minuman peroral = 600 ml Cairan infus = 500 ml Obat IV = 100 ml makan = 100 ml</p> <p>Output : Urine = 1100ml/24 jam, IWL : <math>(15 \times 60) / 24 \text{ jam} = 37.5 \text{ ml/24 jam}</math> Air metabolism = <math>(5 \times 60) = 300 \text{ ml/24 jam}</math></p> <p>Balance cairan : Intake – output = <math>1300 - 1437,5 = -137,5 \text{ ml}</math></p>	<p>▪ Palpasi Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak adanya distensi urine</p> <p>Intake : Minuman peroral = 600 ml Cairan infus = 500 ml Obat IV = 150 ml makan = 100 ml</p> <p>Output : Urine = 1300ml/24 jam, BAB = 50ml IWL : <math>(15 \times 70) / 24 \text{ jam} = 43,75 \text{ ml/24 jam}</math> Air metabolism = <math>(5 \times 70) = 350 \text{ ml/24 jam}</math></p> <p>Balance cairan : Intake – output = <math>1350 - 1743,75 = -393,75 \text{ ml}</math></p>
Sistem Muskuloskeletal dan integument	<p>Pasien mengatakan mudah lelah jika dibuat berjalan agak jauh, kaki agak bengkak sejak 2 hari yang lalu</p> <p>▪ Inspeksi : Pergerakan terbatas karena pasien terpasang infus di ekstremitas dextra, dan pasien bedrest, edema di ekstremitas bawah, kelainan ekstremitas tidak ada, kelainan tulang belakang tidak ada kelainan, tidak ada fraktur, traksi/gips/spalk tidak ada, kompartemen sindrom tidak ada, kulit baik tidak tampak sianosis, tidak adanya luka,</p> <p>▪ Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak</p>	<p>Pasien mengatakan beberapa hari terakhir terasa mudah lelah jika dibuat berjalan ataupun melakukan aktivitas seperti mengangkat galon</p> <p>▪ Inspeksi : Pergerakan terbatas karena pasien terpasang infus di ekstremitas sinistra, dan pasien bedrest, kelainan ekstremitas tidak ada, kelainan tulang belakang tidak ada kelainan, tidak ada fraktur, traksi/gips/spalk tidak ada, kompartemen sindrom tidak ada, kulit baik tidak tampak sianosis, tidak adanya luka, pasien tampak mengganti baju dibantu oleh petugas dan keluarga</p>

	<p>ada benjolan, tidak ada massa, adanya pitting edema derajat 1 (10 detik) pitting edema ringan</p> <p>Kekuatan otot</p> <table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table>	5	5	5	5	<p>▪ Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada massa, tidak adanya pitting edema</p> <p>Kekuatan otot</p> <table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table>	5	5	5	5
5	5									
5	5									
5	5									
5	5									

### 2.1.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 2.5 Pemeriksaan Penunjang Pasien 1 dan 2

Pemeriksaan Penunjang	Pasien 1	Pasien 2
Laboratorium	<p>Tanggal 13 Januari 2024</p> <p><b>Hematologi</b> RBC : 4.408 HCT : 34.8 HGB : 11.36 L WBC : 6.29 PLT : 280 NLR : 1.57</p> <p><b>Faal Ginjal</b> Kreatinin : 1.115 H BUN : 25.70 H</p> <p><b>Elektrolit</b> Kalium : 4.54 Klorida : 111.80 Natrium : 143.30</p> <p><b>Faal Hati</b> ALT/SGPT : 22.73 AST/SGOT : 29.28</p> <p><b>Gula Darah</b> Glukosa Darah Sewaktu : 121</p>	<p>Tanggal 15 Januari 2024</p> <p><b>Hematologi</b> RBC : 4.962 HCT : 47.9 HGB : 14.54 WBC : 16.44 H PLT : 375 NLR : 8.84</p> <p><b>Faal Ginjal</b> Kreatinin : 0.867 BUN : 17.99</p> <p><b>Elektrolit</b> Kalium : 4.50 Klorida : 107.70 Natrium : 139.60</p> <p><b>Gula Darah</b> Glukosa Darah Sewaktu : 156</p> <p><b>Jantung</b> Troponin I : 124.00 H</p>



	<p><b>Jantung</b> Troponin I : 86.10 H</p> <p><b>Blood Gas</b> pH : 7.38 pCO<sub>2</sub> : 22.8 L pO<sub>2</sub> : 287.0 H HCO<sub>3</sub> : 13.7 L BE : -11 L Saturasi : 100% (Alkalosis Respiratorik Terkompensasi Penuh)</p>	<p><b>Blood Gas</b> pH : 7.35 pCO<sub>2</sub> : 46.6 H pO<sub>2</sub> : 357.0 H HCO<sub>3</sub> : 25.8 BE : 0 Saturasi : 100% (Asidosis Respiratorik Terkompensasi Penuh)</p>
Elektrokardiografi (EKG)	<p>Tanggal 13 Januari 2024</p> <p><b>EKG 12 lead</b> Sinus rhytem dengan respon ventrikel 78x/menit dengan axis normal disertai dengan PVC occasional, LVH, adanya T inverted di lead V5 dan V6 (lateral)</p>	<p>Tanggal 15 Januari 2024</p> <p><b>EKG 12 lead</b> Atrial Fibrilasi Rapid Ventrikel Respon dengan respon ventrikel 110x/menit dengan interval 65-166x/menit disertai T inverted di lead V3-V6 (anterolateral)</p>
Thorax	<p>Tanggal 13 Januari 2024</p> <p><b>Thorax AP</b> Cardiomegaly Pneumonia</p>	<p>Tanggal 15 Januari 2024</p> <p><b>Thorax AP</b> Cardiomegaly</p>

### 2.1.1.6 Terapi

Tabel 2.6 Terapi Pasien 1 dan 2

Terapi	Pasien 1	Pasien 2
Obat Yang Diterima	<p>Inf. NaCl 0.9% 500 cc/24 jam</p> <p>Inj. Furosemide 60mg-60mg-60mg</p> <p>Inj. Lansoprazole 1x30 mg</p> <p>SP. GTN 20-200 mcq/menit</p> <p>PO. CPG 1x75mg</p> <p>PO. Clonidin 3x0.15mg</p>	<p>Inf. NaCl 0.9% 500 cc/24 jam</p> <p>Inj. Furosemide 40mg-40mg-40mg</p> <p>Inj. Lansoprazole 1x30 mg</p> <p>Inj. Digoxin 0.5 mg</p> <p>PO. Amlodipin 10mg-0-0</p> <p>PO. Spironolactone 0-25mg-0</p>

	PO. Adalat Oros 30mg-0-0 PO. Nitrokaf 3x2.5mg PO. Spironolactone 0-25mg-0 PO.Candesartan 0-16mg	PO.Candesartan 0-0-16mg
--	--	-------------------------

### 2.1.2 Analisa Data

Tabel 2.7 Analisa Data Pasien 1

NO.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS : Pasien mengatakan ngongsrong  DO : K/U lemah, napas spontan, O <sub>2</sub> NRBM 10 lpm, kesadaran Composmentis, GCS E4V5M6 TD : 153/87 mmHg N : 90 x/menit RR : 23 x/menit SpO <sub>2</sub> : 99% Pola napas takipnea, terdapat pernapasan cuping hidung, terdapat otot bantu pernapasan <i>sternocleidomastoid</i> , suara napas wheezing, nadi teraba lemah, irama teratur, batas atas sonor, batas bawah batas kanan kiri bunyi redup, edema di ekstremitas bawah Balance cairan : Intake – output = 1300 – 1137,5 = +162,5 ml Troponin I : 86.10 H EKG 12 lead : Sinus rhytem dengan respon ventrikel 78x/menit dengan axis normal	Beban tekanan berlebih ↓ Beban sistol meningkat ↓ Kontraktilitas menurun ↓ Hambatan pengosongan ventrikel ↓ Tekanan cardiac output menurun ↓ Penurunan curah jantung	Penurunan Curah Jantung

	<p>disertai dengan PVC occasional, LVH, adanya T inverted di lead V5 dan V6 (lateral)</p> <p>Thorax AP : Cardiomegaly Pneumonia</p>		
2.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan kaki agak bengkak sejak 2 hari yang lalu, ngongsrong dirasa semakin memberat, dan sering terbangun jika posisi tirah baring saat tidur</p> <p>DO :</p> <p>K/U lemah, napas spontan, O<sub>2</sub> NRBM 10 lpm, kesadaran Composmentis, GCS E4V5M6</p> <p>TD : 153/87 mmHg</p> <p>N : 90 x/menit</p> <p>RR : 23 x/menit</p> <p>SpO<sub>2</sub> : 99%</p> <p>Ortopnea, PND (Paroxymal Noctural Dyspnea), terdapat pitting edama, edema di esktremitas bawah</p> <p>Intake : 1200 ml/24 jam</p> <p>Output : 1100 ml/24 jam</p> <p>Balance cairan :</p> <p>Intake – output = 1300 – 1137,5 = +162,5 ml</p> <p>Thorax AP : Cardiomegaly</p>	<p>Gagal pompa ventrikel kiri</p> <p>↓</p> <p>Renal flow menurun</p> <p>↓</p> <p>Vasokonstriksi ginjal</p> <p>↓</p> <p>Menurun ekskresi urine</p> <p>↓</p> <p>Urine output menurun</p> <p>↓</p> <p>Edema sistemik dan ekstremitas</p> <p>↓</p> <p>Hypervolemia</p>	Hypervolemia

Tabel 2.8 Analisa Data Pasien 2

NO.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p>DS : Pasien mengatakan ndrodog dan ngongsrong</p> <p>DO : K/U lemah, napas spontan, O<sub>2</sub> NRBM 10 lpm, kesadaran Composmentis, GCS E4V5M6 TD : 148/83 mmHg N : 121 x/menit RR : 24 x/menit SpO<sub>2</sub> : 99% on NRBM 10 lpm</p> <p>Pasien tampak ngongsrong, tampak sesekali batuk, pola napas takipnea, terdapat pernapasan cuping hidung, terdapat otot bantu pernapasan <i>sternocleidomastoid</i>, suara napas wheezing, nadi teraba lemah, irama tidak teratur, batas atas sonor, batas bawah batas kanan kiri bunyi redup</p> <p>Balance cairan : Intake – output = 1350 – 1393,75 = -43,75 ml Troponin I : 124.00 H EKG 12 lead : Atrial Fibrilasi Rapid Ventrikel Respon dengan respon ventrikel 110x/menit dengan interval 65-166x/menit disertai T inverted di lead V3-V6 (anterolateral) Thorax AP : Cardiomegaly</p>	<p>Beban tekanan berlebih</p> <p>↓</p> <p>Beban sistol meningkat</p> <p>↓</p> <p>Kontraktilitas menurun</p> <p>↓</p> <p>Hambatan pengosongan ventrikel</p> <p>↓</p> <p>Tekanan cardiac output menurun</p> <p>↓</p> <p>Penurunan curah jantung</p>	<p>Penurunan Curah Jantung</p>
2.	<p>DS : Pasien mengatakan ngongsrong jika berjalan agak jauh, pasien terasa ndrodog berlebih setelah mengangkat galon di rumahnya</p>	<p>Beban kerja jantung meningkat</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan kontraksi vena</p>	<p>Intoleransi Aktivitas</p>

<p>dan tiba-tiba keringat dingin dan lemas</p> <p>DO : K/U lemah, napas spontan, O2 NRBM 10 lpm, kesadaran Composmentis, GCS E4V5M6 TD : 148/83 mmHg N : 121 x/menit RR : 24 x/menit SpO2 : 99% on NRBM 10 Lpm Hb : 14,54 g/dL Pasien tampak dibantu mengganti baju oleh petugas Pasien tampak ngongsrong setelah melakukan aktivitas seperti mengganti baju dalam posisi duduk</p>	<p style="text-align: center;">↓ Penurunan elastisitas ventrikel ↓ Metabolisme Anaerob ↓ Kelemahan ↓ Intoleransi Aktivitas</p>	
---	--	--

### 2.1.3 Diagnosa Keperawatan

Tabel 2.9 Diagnosis Keperawatan Pasien 1 dan 2

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	
	PASIE 1	PASIE 2
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload dan afterload ditandai dengan edema ekstremitas bawah, Tekanan darah meningkat, nadi teraba lemah	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload dan afterload dan perubahan irama jantung ditandai dengan takikardia, gambaran EKG aritmia atrial fibrilasi rapid ventrikel respon, tekanan darah meningkar, nadi teraba lemah
2.	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan aliran balik vena ditandai dengan ortopnea, dyspnea, PND, terdengar suara napas tambahan seperti suara wheezing, kadar Hb menurun, intake lebih banyak daripada output	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan mengeluh lelah, dyspnea saat atau setelah melakukan aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia

### 2.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.10 Intervensi Keperawatan Pasien 1 dan 2

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1.	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan preload dan afterload	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edema menurun</li> <li>2. Dyspnea menurun</li> <li>3. Gambaran EKG aritmia menurun</li> <li>4. Takikardia menurun</li> <li>5. Tekanan darah membaik TDS : 100-139 mmHg TDD : 70-90 mmHg</li> </ol>	Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah (meliputi dyspnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND)</li> <li>2. Identifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi distensi vena jugularis, batuk ronkhi basah, palpitasi)</li> <li>3. Monitor tekanan darah</li> <li>4. Monitor intake dan output cairan</li> <li>5. Monitor saturasi oksigen</li> <li>6. Monitor EKG 12 lead</li> <li>7. Monitor aritmia</li> </ol> Teraupetik <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan pasien posisi semifowler atau posisi nyaman</li> <li>2. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress</li> <li>3. Berikan dukungan emosional dan spiritual</li> <li>4. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt;94%</li> </ol> Edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</li> <li>2. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</li> <li>3. Anjurkan berhenti merokok</li> </ol> Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian</li> </ol>

			antiaritmia
2.	Hypervolemia berhubungan dengan gangguan darah balik vena	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Haluaran urine meningkat 2. Edema menurun 3. Tekanan darah membaik 4. Denyut nadi radial membaik 5. Tekanan arteri rata-rata membaik	Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (misalnya ortopnea, dyspnea, edema, suara napas tambahan) 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor status hemodinamik (misal frekuensi jantung, tekanan darah, MAP) 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor kecepatan infus secara ketat 6. Monitor efek samping diuretik (misalnya hipotensi, hypovolemia)  Teraupetik 1. Batasi asupan cairan dan garam 2. Tinggikan kepala tempat tidur  Edukasi 1. Anjurkan melapor jika haluaran urine <0.5 ml/kg/jam dalam 6 jam 2. Anjurkan melapor jika BB bertambah >1 kg dalam sehari 3. Ajarkan cara membatasi cairan  Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian diuretik 2. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan toleransi	Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan








	<p>antara suplai dan kebutuhan oksigen</p>	<p>aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saturasi oksigen meningkat</li> <li>2. Keluhan lelah menurun</li> <li>3. Aritmia saat aktivitas menurun</li> <li>4. Aritmia setelah aktivitas menurun</li> <li>5. Tekanan darah membaik</li> <li>6. Frekuensi napas membaik</li> </ol>	<p>kelelahan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misalnya kunjungan)</li> <li>2. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ol>
--	--	---	---





### 2.1.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 2.11 Implementasi Keperawatan Pasien 1

TANGGAL DAN JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	PARAF
14 Januari 2024  08.30	Penurunan Curah Jantung	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah yaitu adanya edema di ekstermitas bawah dan PND</li> <li>2. Mengidentifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung yaitu adanya suara napas wheezing</li> <li>3. Memonitor tekanan darah dan saturasi oksigen            TD : 148/87 mmHg            N : 90 x/menit            RR : 26 x/menit            SpO2 : 99% on NRBM 10 lpm</li> <li>4. Memonitor EKG 12 lead            Kesan : Sinus rhytem dengan respon ventrikel 78 x/menit dengan axis LAD dijumpai adanya T inversi pada lead I, AVL, V3-V6, LVH, dan PVC occasional</li> <li>5. Memonitor aritmia EKG strip monitor            Kesan : Sinus rhytem dengan respon ventrikel 85x/menit disertai dengan adanya PVC occasional</li> <li>6. Memonitor intake dan output cairan            Intake : 253 ml            Output : 100 ml/2 jam</li> <li>7. Memposisikan nyaman yaitu dengan posisi semifowler kurang lebih selama 15 menit Hemodinamik sebelum posisi semifowler yaitu :            TD : 148/87 mmHg            N : 90 x/menit            RR : 26 x/menit            SpO2 : 99%</li> </ol>	      








		<p>8. Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen SpO<sub>2</sub> : 99% on NRBM 10 lpm</p> <p>9. Menganjurkan beraktivitas fisik secara bertahap yaitu dengan menjelaskan jika pasien melakukan aktivitas sebaiknya dilakukan sesuai kemampuan</p> <p>10. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi yaitu Inj. Furosemide 60 mg, Inj. Lansoprazole 30 mg, PO. CPG 75 mg, PO. Adalat oros 30 mg, PO. Nitrokaf 2,5 mg, PO. Clonidin 0,15 mg On drip NTG 20 mcq/menit</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p>
<p>14 Januari 2024  08.40</p>	<p>Hipervolemia</p>	<p>1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia yaitu adanya dyspnea, edema di ekstremitas bawah</p> <p>2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia yaitu adanya kardiomegali yang tampak pada foto thorax sehingga berpengaruh ke sirkulasi ke seluruh tubuh</p> <p>3. Memonitor status hemodinamik TD : 148/87 mmHg MAP : 107 mmHg N : 90 x/menit RR : 26 x/menit SpO<sub>2</sub> : 99%</p> <p>4. Memonitor intake dan output cairan pasien Intake : 153 ml/2 jam Output : 100 ml/2 jam</p> <p>5. Memonitor kecepatan infus secara ketat yaitu jumlah cairan yang dibutuhkan 500 ml/24jam dengan rate 21 tpm dengan menggunakan alat</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p>

		<p>infus pump</p> <p>6. Berkolaborasi pemberian diuretik yaitu injeksi furosemide 60 mg</p> <p>7. Memonitor efek samping diuretik yaitu setelah pemberian injeksi furosemide 60 mg TD : 148/87 mmHg Bibir tampak lembab, mata tampak tidak cekung</p> <p>8. Meninggikan kepala tempat tidur dengan posisi semifowler hemodinamik sebelum pemberian posisi TD : 148/87 mmHg N : 90 x/menit RR : 26 x/menit SpO2 : 99%</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p>
15 Januari 2024 16.30	Penurunan curah jantung	<p>1. Mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah yaitu adanya edema di ekstermitas bawah sudah berkurang</p> <p>2. Mengidentifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung yaitu masih adanya suara napas wheezing</p> <p>3. Memonitor tekanan darah dan saturasi oksigen TD : 136/77 mmHg N : 71 x/menit RR : 24 x/menit SpO2 : 99% on NRBM 10 lpm</p> <p>4. Memonitor EKG 12 lead Kesan : Sinus rhytem dengan respon ventrikel 63 x/menit dengan Axis LAD dijumpai adanya T inversi pada lead I, AVL, V3-V6 , LVH, dan adanya long QT di lead II panjang</p> <p>5. Memonitor aritmia EKG strip monitor</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p>









		<p>Kesan : Sinus rhytem dengan respon ventrikel 71x/menit disertai dengan adanya PVC occasional</p> <p>6. Memonitor intake dan output cairan Intake : 500 ml/9 jam Output : 600 ml/6 jam</p> <p>7. Memposisikan nyaman yaitu dengan posisi semifowler kurang lebih selama 15 menit Hemodinamik sebelum posisi semifowler yaitu : TD : 136/77 mmHg N : 70 x/menit RR : 24 x/menit SpO2 : 99%</p> <p>8. Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen SpO2 : 99% on NRBM 10 lpm</p> <p>9. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi yaitu Inj. Furosemide 60 mg, PO. Clonidine 0.15 mg, PO. Nitrokaf 2.5 mg, PO. Spironolactone 25 mg, PO. Candesartan 16 mg On drip NTG 20 mcq/menit off jam 12.00</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p>
<p>15 Januari 2024</p> <p>16.40</p>	<p>Hipervolemia</p>	<p>1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia yaitu masih adanya edema di ekstremitas bawah tetapi sudah berkurang</p> <p>2. Memonitor status hemodinamik TD : 141/82 mmHg MAP : 102 mmHg N : 89 x/menit RR : 21 x/menit SpO2 : 99%</p> <p>3. Memonitor kecepatan infus secara ketat yaitu jumlah cairan yang dibutuhkan 500</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p>

		<p>ml/24jam dengan rate 21 tpm dengan menggunakan alat infus pump</p> <p>4. Memonitor intake dan output cairan Intake : 500 ml/9 jam Output : 600 ml/6 jam</p> <p>5. Berkolaborasi pemberian diuretik yaitu injeksi furosemide 60 mg</p> <p>6. Memonitor efek samping diuretik yaitu setelah pemberian injeksi furosemide 60 mg TD : 141/82 mmHg Bibir tampak lembab, mata tampak tidak cekung, turgor kulit normal</p> <p>7. Meninggikan kepala tempat tidur dengan posisi semifowler, hemodinamik sebelum pemberian posisi TD : 141/82 mmHg N : 89 x/menit RR : 21 x/menit SpO2 : 99%</p> <p>8. Berkolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian asupan bagi pasien yaitu dengan membatasi jumlah cairan dan garam</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--	---	---








Tabel 2.12 Implementasi Keperawatan Pasien 2


TANGGAL DAN JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	PARAF
15 Januari 2024  16.45	Penurunan curah jantung	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah yaitu pasien masih tampak ngongsrong</li> <li>2. Mengidentifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung yaitu adanya suara napas wheezing, tidak adanya distensi vena jugularis</li> <li>3. Memonitor tekanan darah dan saturasi oksigen TD : 139/80 mmHg N : 103 x/menit RR : 23 x/menit SpO2 : 99% on NRBM 10 lpm</li> <li>4. Memonitor EKG 12 lead Kesan : Atrial fibrilasi rapid ventrikuler respon dengan respon ventrikel 110x/menit dengan axis normal dijumpai adanya T inversi di lead V3-V5</li> <li>5. Memonitor aritmia EKG strip monitor Kesan : Atrial fibrilasi rapid ventrikuler respon dengan respon ventrikel 109x/menit</li> <li>6. Memposisikan nyaman yaitu dengan posisi semifowler kurang lebih selama 15 menit Hemodinamik sebelum posisi semifowler yaitu : TD : 139/80 mmHg N : 103 x/menit RR : 23 x/menit SpO2 : 99%</li> <li>7. Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen SpO2 : 99% on NRBM 10</li> </ol>	            

		<p>lpm</p> <p>8. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi yaitu Inj. Furosemide 40 mg, PO. Spironolactone 25 mg, PO. Candesartan 16 mg</p> <p>9. Menganjurkan untuk berhenti merokok dengan menjelaskan bahwa merokok merupakan salah satu faktor risiko terjadinya serangan jantung secara mendadak</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p>
<p>15 Januari 2024</p> <p>16.50</p>	<p>Intoleransi Aktivitas</p>	<p>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan bahwa pasien mengatakan sering terasa lelah jika pasien jalan terlalu lama dan jauh, tiba-tiba pasien terasa ngongsrong dan lemas</p> <p>2. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas bahwa pasien mengatakan di daerah dada terasa ampek jika dibuat beraktivitas terlalu berat</p> <p>3. Memonitor pola dan jam tidur bahwa pasien mengatakan tidurnya kurang lebih 6 jam sehari tetapi terkadang terbangun di malam hari karena ke kamar mandi</p> <p>4. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus dengan membatasi jumlah kunjungan sehingga pasien bisa lebih banyak beristirahat</p> <p>5. Menganjurkan aktivitas secara bertahap dengan menjelaskan ke pasien untuk melakukan aktivitas sesuai kemampuan</p> <p>6. Berkolaborasi dengan tim</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p>

		gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	
16 Januari 2024 16.25	Penurunan curah jantung	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah yaitu tampak ngongsrong sudah berkurang</li> <li>2. Mengidentifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung yaitu tidak adanya distensi vena jugularis</li> <li>3. Memonitor tekanan darah dan saturasi oksigen TD : 131/79 mmHg N : 91 x/menit RR : 21 x/menit SpO2 : 99% on NRBM 10 lpm</li> <li>4. Memonitor EKG 12 lead Kesan : Atrial fibrilasi normo ventrikuler respon dengan respon ventrikel 82x/menit dengan axis normal dijumpai T inversi di lead V3-V4</li> <li>5. Memonitor aritmia EKG strip monitor Kesan : Atrial fibrilasi normo ventrikuler respon dengan respon ventrikel 99x/menit</li> <li>6. Memposisikan nyaman yaitu dengan posisi semifowler kurang lebih selama 15 menit Hemodinamik sebelum posisi WH30° yaitu : TD : 131/79 mmHg N : 91 x/menit RR : 21 x/menit SpO2 : 99%</li> <li>7. Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen SpO2 : 99% on NRBM 10 lpm</li> <li>8. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian</li> </ol>	            







		terapi yaitu Inj. Furosemide 40 mg, PO. Spironolactone 25 mg, PO. Candesartan 16 mg 9. Memonitor intake dan output cairan Intake : 598 ml/9 jam Output : 600 ml/6 jam	 
16 Januari 2024  16.35	Intoleransi Aktivitas	1. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas bahwa pasien mengatakan selama perawatan di rumah sakit pasien tidak banyak untuk melakukan aktivitas sehingga pasien tidak ada keluhan dada terasa ampek seperti jika pasien beraktivitas di rumah 2. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan bahwa pasien mengatakan sedikit ndrodog jika saat pasien diseka karena pasien banyak melakukan pergerakan selama di seka 3. Memonitor pola dan jam tidur bahwa pasien mengatakan tidurnya kurang lebih 10 jam sehari tetapi terkadang terbangun jika petugas sedang melakukan tindakan dan sesekali terbangun jika terdengar suara bunyi alarm alat medis 4. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus dengan membatasi jumlah kunjungan sehingga pasien bisa lebih banyak beristirahat 5. Menganjurkan aktivitas secara bertahap dengan menjelaskan ke pasien untuk melakukan aktivitas sesuai kemampuan terutama jika	    

		<p>pasien sudah pulang</p> <p>6. Memonitor kelelahan fisik dan emosional bahwa pasien mengatakan jika mengingat anaknya yang tidak nurut maka pasien cenderung akan emosi</p>	
--	--	---	---



### 2.1.6 Evaluasi Keperawatan


Tabel 2.13 Evaluasi Keperawatan Pasien 1

TANGGAL DAN JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN	PARAF
14 Januari 2024 12.00	Penurunan curah jantung	<p>S : Pasien mengatakan ngongsrong sudah berkurang</p> <p>O : K/U lemah, napas spontan, O<sub>2</sub> NRBM 10 lpm, GCS E4V5M6, Kesadaran Composmentis TD : 135/82 mmHg N : 85 x/menit RR : 23 x/menit SpO<sub>2</sub> : 99% Oedema ekstremitas bawah</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	
14 Januari 2024 12.05	Hipervolemia	<p>S : Pasien mengatakan ngongsrong berkurang</p> <p>O : K/U lemah, napas spontan, O<sub>2</sub> NRBM 10 lpm, GCS E4V5M6, Kesadaran Composmentis TD : 135/82 mmHg N : 85 x/menit RR : 23 x/menit SpO<sub>2</sub> : 99% Oedema ekstremitas bawah Urine output : 500 ml/6 jam</p>	

		<p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	
<p>15 Januari 2024</p> <p>18.10</p>	<p>Penurunan curah jantung</p>	<p>S : Pasien mengatakan ngongsrong sudah lebih baik</p> <p>O : K/U cukup, napas spontan, O2 NRBM 10 lpm, GCS E4V5M6, Kesadaran Composmentis TD : 128/81 mmHg N : 80 x/menit RR : 21 x/menit SpO2 : 99% Oedema ekstremitas bawah berkurang pasien tampak lebih segar</p> <p>A : Masalah sudah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan karena pasien pindah ruangan</p>	
<p>15 Januari 2024</p> <p>18.15</p>	<p>Hipervolemia</p>	<p>S : Pasien mengatakan ngongsrong sudah lebih baik dari sebelumnya</p> <p>O : K/U cukup, napas spontan, O2 NRBM 10 lpm, GCS E4V5M6, Kesadaran Composmentis TD : 128/81 mmHg N : 80 x/menit RR : 21 x/menit SpO2 : 99% Oedema ekstremitas bawah berkurang Urine output : 1200 ml/ 12 jam</p> <p>A : Masalah sudah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan karena pasien pindah ruangan</p>	

Tabel 2.14 Evaluasi Keperawatan Pasien 2

TANGGAL DAN JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	EVALUASI	PARAF
15 Januari 2024 18.05	Penurunan curah jantung	<p>S : Pasien mengatakan ngongsrong dan ndrodog sudah berkurang</p> <p>O : K/U lemah, napas spontan, O2 NRBM 10 lpm, GCS E4V5M6, Kesadaran Composmentis TD : 135/82 mmHg N : 85 x/menit RR : 23 x/menit SpO2 : 99%</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	
15 Januari 2024 18.10	Intoleransi Aktivitas	<p>S : Pasien mengatakan sudah agak enakan karena jarang melakukan aktivitas yang berat selama di rumah sakit</p> <p>O : K/U lemah, napas spontan, O2 NRBM 10 lpm, GCS E4V5M6, Kesadaran Composmentis TD : 135/82 mmHg N : 85 x/menit RR : 23 x/menit SpO2 : 99%</p> <p>EKG strip monitor : Atrial fibrilasi normo ventrikuler respon dengan respon ventrikel 85x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>	

<p>16 Januari 2024</p> <p>18.20</p>	<p>Penurunan curah jantung</p>	<p>S : Pasien mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O : K/U cukup, napas spontan, O2 NRBM 10 lpm, GCS E4V5M6, Kesadaran Composmentis TD : 128/81 mmHg N : 80 x/menit RR : 21 x/menit SpO2 : 99% Pasien tampak senang karena pasien akan pindah ruangan</p> <p>A : Masalah sudah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan karena pasien pindah ruangan</p>	
<p>16 Januari 2024</p> <p>18.25</p>	<p>Intoleransi Aktivitas</p>	<p>S : Pasien mengatakan sudah tidak ada keluhan merasa sudah sehat kembali dan ingin cepat pulang</p> <p>O : K/U lemah, napas spontan, O2 NRBM 10 lpm, GCS E4V5M6, Kesadaran Composmentis TD : 128/81 mmHg N : 80 x/menit RR : 21 x/menit SpO2 : 99% EKG strip monitor : Atrial fibrilasi normo ventrikuler respon dengan respon ventrikel 80x/menit pasien akan pindah ruangan</p> <p>A : Masalah sudah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan karena pasien pindah ruangan</p>	