

LAMPIRAN 1

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)  
MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : TN. L

Umur : 77 tahun

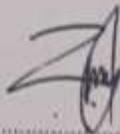
Jenis Kelamin : laki-laki

Alamat : Baha

Setelah mendapat penjelasan tentang maksud dan tujuan serta memahami penelitian yang dilakukan dengan, GAMBARAN PENERAPAN PEMBERIAN TERAPI OKSIGEN TERHADAP POLA NAPAS PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE dengan ini menyatakan bersedia untuk berperan serta menjadi subyek penelitian dan bersedia melakukan terapi sesuai data yang diperlukan

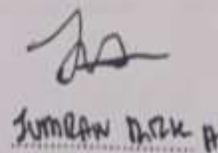
Demikian pernyataan ini di buat dengan penuh kesadaran dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Responden



Yang membuat surat pernyataan

Peneliti



JUMRAN DOK P

LAMPIRAN 2

LEMBAR OBSERVASI

Nama Pasien : Tn L

Diagnosa Medis : *Congestive Heart Failure*

Ruangan : ICCU

Hari/Tanggal	Pengamatan	Pola Napas	
		Sebelum Intervensi (10:00 WITA)	Sesudah Intervensi (19:00 WITA)
Hari I	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi napas :</li> <li>2. Keluhan dispnea :</li> <li>3. Keluhan ortopnea:</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi pernapasan 30 kali permenit</li> <li>2. Klien mengeluh sesak berat</li> <li>3. Klien mengeluh sesak napas berat ketika dalam posisi setengah baring</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pernapasan tetap 28 kali permenit</li> <li>2. Klien mengatakan sesak berat menurun</li> <li>3. Keluhan sesak napas berat menurun ketika dalam posisi setengah baring semi fowler 60<sup>0</sup></li> </ol>
Hari II	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi napas :</li> <li>2. Keluhan dispnea :</li> <li>3. Keluhan ortopnea:</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pernapasan tetap 28 kali permenit</li> <li>2. Klien mengatakan sesak berat</li> <li>3. Klien mengeluh sesak napas berat ketika dalam posisi setengah baring semi fowler 60<sup>0</sup></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pernapasan menjadi 26 kali permenit</li> <li>2. Klien mengeluh sesak napas, sesak sedang</li> <li>3. Klien mengeluh sesak napas, sesak sedang ketika dalam posisi setengah baring semi fowler 60<sup>0</sup></li> </ol>
Hari III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi napas :</li> <li>2. Keluhan dispnea :</li> <li>3. Keluhan ortopnea:</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pernapasan menjadi 26 kali permenit</li> <li>2. Klien mengeluh sesak napas, sesak napas sedang</li> <li>3. Klien mengeluh sesak napas, sesak napas sedang ketika dalam posisi setengah baring semi fowler 60<sup>0</sup></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pernapasan 24 kali permenit</li> <li>2. Klien mengeluh sesak napas, sesak ringan</li> <li>3. Klien mengeluh sesak napas, sesak ringan ketika dalam posisi setengah baring semi fowler 60<sup>0</sup></li> </ol>

## LAMPIRAN 3

### FORMAT PENGKAJIAN

#### FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN *INTENSIVE CARDIOLOGY CARE UNIT*

Tanggal Pengkajian : 28 Mei 2024

No. Register : 436506

Diagnosa medis : *Congestive Heart Failure*

#### **I. Biodata**

##### A. Identitas Klien

1. Nama Lengkap : Tn. L
2. Jenis Kelamin : Laki-laki
3. Umur/Tanggal Lahir : 77 Tahun/31-12-1946
4. Status perkawinan : Menikah
5. Agama : Islam
6. Suku Bangsa : Muna
7. Pendidikan : SD
8. Pekerjaan : Petani
9. Pendapatan : 2.000.000
10. Tanggal MRS : 27 Mei 2024

##### B. Identitas Penanggung

1. Nama Lengkap : Tn. Z
2. Jenis kelamin : Laki-laki
3. Pekerjaan : Wiraswasta
4. Hubungan dengan klien : Anak
5. Alamat : Raha

#### **II. Riwayat Kesehatan**

A. Keluhan Utama : Klien merasakan sesak napas dan batuk

B. Riwayat keluhan :

1. Penyebab/faktor pencetus : Penumpukan cairan pada paru
2. Sifat keluhan : Terus-menerus
3. Lokasi dan penyebarannya : Dada
4. Skala keluhan : 6
5. Mulai dan lamanya keluhan : 1 Minggu yang lalu

6. Hal-hal yang meringankan/memperberat : Saat menggunakan oksigen/  
saat beraktifitas dan berbaring

### III. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

- a. Apakah menderita penyakit yang sama : Iya pernah
- b. Bila pernah dirawat di RS, sakit apa : Iya CHF, DI RSU HERMINA
- c. Pernah mengalami pembedahan : Tidak
- d. Riwayat alergi : ya/~~tidak~~, terhadap zat / obat/ minuman/  
makanan
- e. Kebiasaan/ketergantungan terhadap zat:
1. Merokok (berapa batang sehari) : Tidak
  2. Minum alkohol : Tidak Lamanya:
  3. Minum kopi : Tidak Lamanya:
  4. Minum obat-obatan : Iya Lamanya: ketika sakit

### IV. Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram 3 generasi)

- a. Buat genogram 3 generasi ( lembar sendiri )
- b. Riwayat kesehatan anggota keluarga
1. Apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit serupa : Klien mengatakan tidak ada
  2. Apakah ada keluarga yang mempunyai penyakit menular atau menurun : Klien mengatakan tidak ada

### V. Pemeriksaan Fisik Khusus

#### 1. AIRWAY

- Bebas : Ya/~~tidak~~
- Sumbatan (benda asing,sputum,darah,lendir) : Ya/~~tidak~~
- Kejang : Ya/~~tidak~~

#### 2. BREATHING

- Spontan : Ya/~~tidak~~
- Takipnea (Nafas cepat) : Ya/~~tidak~~
- Wheezing (mengi) : Ya/~~tidak~~
- Apnea(henti nafas sementara) : Ya/~~tidak~~
- Dispnea (susah nafas) : Ya/~~tidak~~
- Terpasang alat bantu napas : Ya/~~tidak~~
- Mode alat bantu napas : Oksigen Nasal Kanul 4 LPM
- Saturasi O<sub>2</sub> : 94%

#### 3. CIRCULATION

- Nadi : kuat/~~lemah~~/~~teratur~~/~~tidak teratur~~
- Kulit : normal/~~pucat~~/~~sianosis~~/~~edema~~

Perdarahan : ya/tidak  
Turgor : elastis/~~inelastis~~  
CRT : <3 /detik

#### 4. DISABILITY

GCS : E= 4 V= 6 M= 5  
Kesadaran : Compositentis/~~somnolen~~/~~semi koma~~/~~koma~~/~~delirium~~  
(~~gelisah~~)  
Pupil : Miosis(~~pupil mengecil~~) / midriasis (~~pupil membesar~~) /  
isokor (normal) ~~anisokor~~ (~~tidak sama kiri kanan~~)  
Reflek cahaya : (+/+) / (~~-/-~~)  
Motorik : ~~Hemiparese~~ (~~lumpuh~~) / hemiplegi (kelemahan)

#### VI. Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-tanda vital
  - a. Tekanan darah : 110/60 mmHg
  - b. Pernapasan : 30 kali / menit, Irama : Reguler
  - c. Nadi : 110 kali / menit, regular/~~irregular~~ : Kuat
  - d. Suhu badan : 36,5<sup>0</sup>C
2. Berat badan dan tinggi badan
  - a. Berat badan : 55Kg
  - b. Tinggi badan: 163Cm
  - c. IMT : 20,75
3. Kepala :
  - a. Bentuk kepala : Normal
  - b. Keadaan kulit kepala : Normal
  - c. Nyeri kepala / pusing : Tidak ada
  - d. Distribusi rambut : Lurus
  - e. Rambut mudah tercabut : Tidak mudah tercabut
  - f. Alopesia : Tidak ada
  - g. Lain-lain : -
4. Mata
  - a. Kesimetrisan : Simetris
  - b. Edema kelopak mata : Tidak ada
  - c. Ptosis : Tidak ada
  - d. Sklera : Normal
  - e. Konjungtiva : Normal
  - f. Ukuran pupil : Normal
  - g. Ketajaman penglihatan : Normal
  - h. Pergerakan bola mata : Normal
  - i. Lapang pandang : Normal
  - j. Diplopia : Tidak ada
  - k. Photohobia : Tidak ada
  - l. Nistagmus : Tidak ada

- m. Reflex kornea : Normal.
  - n. Nyeri : Tidak ada
  - o. Lain – lain : -
5. Telinga
- a. Kesimetrisan : Simetris
  - b. Sekret : Tidak ada
  - c. Serumen : Tidak ada
  - d. Ketajaman pendengaran : Kurang baik
  - e. Tinnitus : Tidak ada
  - f. Nyeri : Tidak ada
  - g. Lain – lain : -
6. Hidung
- a. Kesimetrisan : Simetris
  - b. Perdarahan : Tidak ada
  - c. Sekresi : Tidak ada
  - d. Fungsi penciuman : Normal
  - e. Nyeri : Tidak ada
  - f. Lain – lain : -
7. Mulut
- a. Fungsi berbicara : Normal
  - b. Kelembaban bibir : Lembab
  - c. Posisi uvula : Normal
  - d. Mukosa : Normal
  - e. Keadaan tonsil : Normal
  - f. Stomatitis : Tidak ada
  - g. Warna lidah : Normal
  - h. Tremor pada lidah : Tidak ada
  - i. Kebersihan lidah : Bersih
  - j. Bau mulut : Tidak
  - k. Kelengkapan gigi : Tidak lengkap
  - l. Kebersihan gigi : Bersih
  - m. Karies : Tidak ada
  - n. Suara parau : Tidak
  - o. Kesulitan menelan : Tidak ada
  - p. Nyeri menelan : Tidak ada

- q. Kemampuan mengunyah : Mampu
- r. Fungsi mengecap : Normal
- s. Lain – lain : -

8. Leher

- a. Mobilitas leher : Normal
- b. Pembesaran kel. Tiroid : Tidak ada
- c. Pembesaran kel. limfe : Tidak ada
- d. Pelebaran vena jugularis : Tidak ada
- e. Trakhaea : Normal
- f. Lain-lain : -

9. Thoraks

Paru – paru

- a. Bentuk dada : Normal
- b. Pengembangan dada : Normal
- c. Retraksi dinding dada : Normal
- d. Tanda jejas : Tidak ada
- e. Taktil fremitus : Tidak ada
- f. Massa : Tidak ada
- g. Dispnea : Iya Sesak
- h. Ortopnea : Iya Sesak
- i. Perkusi thoraks : Normal
- j. Suara nafas : Normal
- k. Bunyi nafas tambahan : Tidak ada
- l. Nyeri dada : Ada ketika batuk
- m. Lain-lain : -

Jantung

- a. Iktus kordis : Tidak ada
- b. Ukuran jantung : Membesar
- c. Nyeri dada : Ada ketika batuk
- d. Palpitasi : Berebar-debar
- e. Bunyi jantung : Normal/ Lup dup
- f. Lain-lain : -

## 10. Abdomen

- a. Warna kulit : Sawo matang
- b. Distensi abdomen : Tidak ada
- c. Ostomy : Tidak ada
- d. Tanda jejas : Tidak ada
- e. Peristaltik : Normal
- f. Perkusi abdomen : Normal
- g. Massa : Tidak ada
- h. Nyeri tekan : Tidak ada
- i. Lain - lain : -

## 11. Payudara

- a. Kesimetrisan : Simetris
- b. Keadaan puting susu : Normal
- c. Pengeluaran dari puting susu : Normal
- d. Massa : Tidak ada
- e. Kulit *paeu d'orange* : Normal
- f. Nyeri : Tidak ada
- g. Lesi : Tidak ada
- h. Lain – lain : -

## 1. Genitalia

### Pria

- 1. Keadaan meatus uretra eksterna :
- 2. Lesi pada genital : tidak ada
- 3. Scrotum : Normal
- 4. Pembesaran prostat : tidak ada
- 5. Pendarahan : tidak ada
- 6. Lain – lain : -

### Wanita

- 1. Keadaan meatus uretra eksterna : -
- 2. Leukorrhea : -
- 3. Perdarahan : -
- 4. Lesi pada genital : -

5. Lain - lain : -
2. Pengkajian sistem saraf
  1. Tingkat kesadaran : Composmentis
  2. Koordinasi : Baik
  3. Memori : Baik
  4. Orientasi :Baik
  5. Konfusi : Tidak ada
  6. Keseimbangan : Tidak seimbang
  7. Kelumpuhan : Tidak
  8. Gangguan sensasi :Tidak
  9. Kejang-kejang : Tidak ada
  10. Lain – lain : -.
  11. Reflex :
    - a. Refleks tendon
      1. Biseps : (positif) +
      2. Trisep : (positif) +
      3. Lutut : (positif) +
      4. Achilles : (positif) +
    - b. Refleks patologis
      1. Babinski : -
      2. Lain - lain : -
    - c. Tanda meningeal :
      1. Kaku kuduk/kernig sign : Tidak ada
      2. Brudzinski I : (positif) +
      3. Brubzinski II : (positif) +
      4. Lain - lain : -
3. Anus dan perianal
  1. Hemorrhoid : Tidak ada
  2. Lesi perianal : Tidak ada
  3. Nyeri : Tidak ada
  4. Lain – lain : -
4. Ekstremitas

1. Warna kulit : Sawo matang
2. Purpura / ekimosis : Tidak ada
3. Atropi : Tidak ada
4. Hipertropi : Tidak ada
5. Lesi : Tidak ada
6. Pigmentasi : Tidak ada
7. Luka : Tidak ada
8. Deformitas sendi : Tidak ada
9. Deformitas tulang : Tidak ada
10. Tremor : Tidak ada
11. Varises : Tidak ada
12. Edema : Tidak ada
13. Turgor kulit : Baik
14. Kelembaban kulit : Lembab
15. *Capillary Tefilling Time (CRT)* : <3 detik
16. Pergerakan : Baik
17. Kekakuan sendi : Tidak
18. Kekuatan otot : Lemas
19. Tonus otot : Baik
20. Kekuatan sendi : Baik
21. Nyeri : Tidak ada
22. Diaphoresis : Tidak ada
23. Lain – lain : -

#### **IV. Pengkajian Kebutuhan Dasar**

- a. Kebutuhan oksigenasi
  - i. Batuk : Iya produktif / ~~tidak~~ : Terus menerus
  - ii. Kemampuan mengeluarkan sputum : Mampu
  - iii. Karakteristik sputum : Bening jumlah : Sedikit
  - iv. Dispnea : Iya sesak
  - v. Ortopnea : Iya sesak ketika baring
  - vi. Alat bantu pernafasan : Oksifen nasal kanul
  - vii. Sianosis : Tidak ada

b. Kebutuhan Nutrisi

<b>Keterangan</b>	<b>Sebelum sakit</b>	<b>Setelah sakit</b>
Frekuensi makan sehari	3x sehari	3x sehari
Waktu makan	Pagi, siang, malam	Pagi, siang, malam
Porsi makan yang habiskan	Satu porsi	Setengah porsi
<u>Penggunaan alat bantu makan</u>	Tidak ada	Tidak ada
Makanan pantang/yang tidak disukai	Seafood	Seafood
Makanan yang disukai	Semua makanan	Semua makanan
<u>Pembatasan makanan</u>	Makanan berminyak	Makanan berminyak
Jenis makanan yang dibatasi	Gorengan	Gorengan
<u>Konsumsi makanan berserat : jenis dan jumlah</u>	Buah-buahan dan sayur-sayuran	Buah-buahan dan sayur-sayuran
<u>Nafsu makan</u>	Baik	Baik
<u>Mual</u>	Tidak ada	Tidak ada
<u>Hipersalivasi</u>	Tidak ada	Tidak ada
<u>Sensasi asam pada mulut</u>	Tidak ada	Tidak ada
<u>Muntah</u>	Tidak ada	Tidak ada
<u>Perasaan cepat kenyang setelah makan</u>	Ada	Ada
<u>Perasaan kembung</u>	Tidak ada	Tidak ada
Lain – lain	-	

c. Kebutuhan Cairan dan Elektrolit

<b>Keterangan</b>	<b>Sebelum sakit</b>	<b>Setelah sakit</b>
Frekuensi minum sehari	7-8x/hari	6-7 x/hari
Jumlah minum yang dikonsumsi setiap hari	2 liter	1 liter
Jenis minuman yang tidak disukai	Tidak ada	Tidak ada
Jenis minuman yang disukai	Semuanya	Semuanya
<u>Perasaan haus</u>	Ada	Ada
<u>Kelemahan</u>	Tidak ada	Lemas
<u>Program pembatasan cairan</u>	Tidak ada	Tidak ada
Lain – lain	-	-

Perhitungan balans cairan

<b>Keterangan</b>	<b>Sebelum sakit</b>	<b>Setelah sakit</b>
<b><i>Intake cairan</i></b>		
Minum	2000cc	1000cc
Makan	20cc	20cc
Cairan intravena		1000cc
Obat cair		40cc
Lain – lain		
<b>Total</b>	<b>2200cc</b>	<b>2060</b>

<b>Output cairan</b>		
<i>Sensible water loss (SWL)</i>	1410cc	1910
BAK	1400cc	1900
BAB	10cc	10cc
Muntah		
Cairan stoma		
Drainase		
<i>Inesible water loss (IWL)</i>	550cc	580cc
Pernafasan		
Kulit		
Peningkatan suhu tubuh		
Lain - lain		
<b>Total Output</b>	1960	2490cc
<b>Input - output</b>	2200 – 1960 = 240	2060 – 2490 = -430

d. Kebutuhan Eliminasi

Buang Air Kecil (BAK)

<b>Keterangan</b>	<b>Sebelum sakit</b>	<b>Setelah sakit</b>
Frekwensi BAK	6x / hari	4x/hari
Pancaran	Lancar	Lancar
Jumlah	1400cc	1900cc
Warna	Kuning	Kuning
Disuria	Tidak ada	Tidak ada
Nokturia	Tidak ada	Tidak ada
Perasaan penuh pada kandung kemih	Ada	Ada
Perasaan setelah BAK	Lega	Lega
Kesulitan memulai berkemih	Tidak ada	Tidak ada
Dorongan berkemih	Ada	Ada
Inkontinensia urine	Tidak ada	Tidak ada
Total produksi urine	1400cc	1900cc
Lain – lain	-	-

Buang Air Besar (BAB)

<b>Keterangan</b>	<b>Sebelum sakit</b>	<b>Setelah sakit</b>
Frekwensi	1x/ hari	1x/ 2 hari
Konsistensi	Lunak	Lunak
Bau	Iya bau khas	Iya bau khas
Warna	Kuning	Kuning
Flatulans	Tidak ada	Tidak ada

Nyeri saat defekasi	Tidak ada	Tidak ada
Sensasi penuh pada rektal	Ada	Ada
Dorongan kuat untuk defekasi	Ada	Ada
Kemampuan menahan defekasi	Mampu	Mampu
Mengejan yang kuat saat defekasi	Tidak	Tidak
Lain - lain	-	-

e. Kebutuhan Istirahat dan tidur

<b>Keterangan</b>	<b>Sebelum sakit</b>	<b>Setelah sakit</b>
Jumlah jam tidur siang	1 -2 jam	1-3 jam
Jumlah jam tidur malam	8 jam	4-7 jam
Kebiasaan konsumsi obat tidur/stimulant/ penenang	Tidak ada	Tidak ada
Kegiatan pengantar tidur	Tidak ada	Tidak ada
Perasaan waktu bangun tidur	Lega	Tidak nyaman
Kesulitan memulai tidur	Tidak ada	Sulit karena tidak nyaman
Mudah terbagun	Tidak	Tidak
Penyebab gangguan tidur	Tidak ada	Tidak ada
Perasaan mengantuk	Ada	Ada
Lain – lain	-	-

f. Kebutuhan Aktivitas

<b>Keterangan</b>	<b>Sebelum sakit</b>	<b>Setelah sakit</b>
Kegiatan rutin	Bertani	Baring
Waktu senggang	Ada beristirahat	Istirahat
Kemampuan berjalan	Mampu	Dibantu
Kemampuan merubah posisi saat berbaring	Mampu	Dibantu
Kemampuan berubah posisi : berbaring ke duduk	Mampu	Dibantu
Kemampuan mempertahankan posisi duduk	Mampu	Dibantu
Kemampuan berubah posisi : duduk ke berdiri	Mampu	Dibantu

Kemampuan mempertahankan posisi berdiri	Mampu	Dibantu
Kemampuan berjalan	Mampu	Dibantu
Penggunaan alat bantu dalam pergerakan	Tidak ada	Tidak ada
Dispnea setelah beraktivitas	Tidak ada	Iya
Ketidaknyamanan setelah beraktivitas	Tidak ada	Iya ada sesak
Pergerakan lambat	Iya	Iya

g. Kebutuhan Perawatan Diri

i. Mandi

<b>Keterangan</b>	<b>Sebelum sakit</b>	<b>Setelah sakit</b>
Motivasi dalam perawatan diri mandi, mencuci rambut dan kebersihan kuku	Ada	Ada
Frekwensi mandi	2x / hari	1x / hari
Kebersihan kulit	Bersih	Bersih
Frekwensi mencuci rambut	1x/hari	1x/ hari
Kebersihan rambut	Bersih	Bersih
Frekwensi memotong kuku	1x / minggu	1x / minggu
Kebersihan kuku	Bersih	Bersih
Kemampuan mengakses kamar mandi	Mampu	Dibantu
Kemampuan mengambil perlengkapan mandi	Mampu	Dibantu
Kemampuan membasuh tubuh saat mandi	Mampu	Dibantu
Kemampuan mengeringkan tubuh saat mandi	Mampu	Dibantu

ii. Berpakaian

<b>Keterangan</b>	<b>Sebelum sakit</b>	<b>Setelah sakit</b>
Motivasi dalam perawatan diri mengganti pakaian	Ada	Ada
Kebersihan pakaian	Bersih	Bersih
Frekwensi mengganti pakaian	2x/ hari	1x/hari
Kemampuan memilih dan mengambil pakaian	Mampu	Dibantu

Kemampuan mengenakan pakaian pada bagian tubuh atas	Mampu	Dibantu
Kemampuan mengenakan pakaian pada bagian tubuh bawah	Mampu	Dibantu
Kemampuan melepaskan pakaian pada bagian tubuh atas	Mampu	Dibantu
Kemampuan melepaskan pakaian pada bagian tubuh bawah	Mampu	Dibantu
Kemampuan mengancing atau menggunakan resleting	Mampu	Dibantu
Lain - lain	-	-

iii. Makan

<b>Keterangan</b>	<b>Sebelum sakit</b>	<b>Setelah sakit</b>
Motivasi dalam perawatan diri makan	ada motivasi	ada motivasi
Kemampuan memasukkan makanan ke mulut	Mampu	Dibantu
Kemampuan mengunyah	Mampu	Dibantu
Kemampuan memegang peralatan makan	Mampu	Dibantu
Lain - lain	-	-

iv. Eliminasi

<b>Keterangan</b>	<b>Sebelum sakit</b>	<b>Setelah sakit</b>
Motivasi dalam perawatan diri eliminasi BAK dan BAB	Ada	Ada
Kemampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi	Mampu	Dibantu
Kemampuan mencapai toilet	Mampu	Dibantu
Kemampuan naik ke toilet	Mampu	Dibantu

Kemampuan menyiram toilet	Mampu	Dibantu
Lain - lain	-	-

h. Kebutuhan Keamanan

1. Riwayat paparan terhadap kontaminan : Tidak ada
2. Riwayat perdarahan : Tidak ada
3. Riwayat pemeriksaan dengan media kontras : Tidak ada
4. Pemasangan kateter IV dalam waktu lama : .....
5. Penggunaan larutan IV yang mengiritasi : Tidak ada
6. Penggunaan larutan IV dengan aliran yang cepat : Tidak ada
7. Pemasangan kateter urine dalam waktu lama : Tidak ada
8. Imobilisasi : .....
9. Luka pada kulit / jaringan : Tidak ada
10. Benda asing pada luka : Tidak ada
11. Riwayat jatuh : Tidak ada
12. Penyebab jatuh : Tidak ada
13. Kelemahan umum : Lemas
14. Lain – lain : -

i. Kebutuhan Kenyamanan :

- i. Keluhan nyeri : Nyeri dada
- ii. Pencetus nyeri : Batuk
- iii. Upaya yang meringankan nyeri : Baring
- iv. Karakteristik nyeri : Seperti tertusuk-tusuk
- v. Intensitas nyeri : Hilang timbul
- vi. Durasi nyeri : 10-12 menit
- vii. Dampak nyeri terhadap aktivitas : Aktifitas terganggu
- viii. Lain – lain

: -

- j. Kebutuhan Psikososial
- i. Persepsi terhadap penyakit : Positif
  - ii. Harapkan klien terhadap kesehatannya : Semoga cepat sembuh
  - iii. Pengaruh penyakit terhadap pekerjaan : Terganggu
  - iv. Pola interaksi dengan orang terdekat : Baik
  - v. Sejauh mana keterlibatan orang terdekat bila klien menghadapi masalah: Sangat dekat
  - vi. Pola pemecahan klien yang digunakan bila mempunyai masalah: Berdoa, bersabar rajin mengikuti terapi dari dokter
  - vii. Hubungan dengan orang lain : Baik
  - viii. Hubungan klien dengan tenaga kesehatan/keperawatan selama dirawat: Baik
  - ix. Organisasi kemasyarakatan yang diikuti: Tidak ada
  - x. Lain – lain : -
- k. Kebutuhan Spiritual :
1. Kemampuan menjalankan ibadah : Tidak dapat menjalankan ibadah
  2. Hambatan mengikuti ritual keagamaan : -
  3. Perasaan yang dialami terkait aktivitas keagamaan : Tenang
  4. Lain – lain : -

## VII Pemeriksaan Penunjang

### A. Laboratorium : Hematologi

Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
<b>Hematologi</b>			
Darah rutin			
WBC	33,6	4.0 – 10.0	10 <sup>3</sup> /μl
NEU#	25.12	1.1 – 7	10 <sup>3</sup> /μl
NEU%	74,8	50 – 70	%
LYM#	3.09	0.7 – 5.1	10 <sup>3</sup> /μl
LYM%	9,2	20 – 40	%
MON#	4,57	0.00 – 0.90	10 <sup>3</sup> /μl
MON%	13,6	3 – 8	%
EOS#	0,47	0.00 – 0.90	10 <sup>3</sup> /μl
EOS%	1,4	0.5 – 5	%
BAS#	0,34	0 – 0.2	10 <sup>3</sup> /μl
BAS%	1.0	0 – 1	%
RBC	6,42	4.7 – 6.1	10 <sup>3</sup> /μl
HGB	17,1	14 – 18	g/dl
HCT	54,1	37 – 48	%
MCV	84	81 – 99	FL
MCH	26,7	27 – 31	pg
MCHC	31,7	33 – 37	g/dl
RDW-CV	18.0	11.5 – 14.5	%
RDW-SD	54	35 – 47	FL
PLT	296	150 - 450	10 <sup>3</sup> /μl
PCT	0,29	0,15 - 0,4	%
MPV	9,7	7,2 - 11,1	FL
PDW	20	9 - 13,0	%
Flebotomi			ml
<b>Kimia darah</b>			
Glukosa Sewaktu	109	.<200	mg/dl

B. Studi Diagnostic : PEMERIKSAAN RADIOLOGI  
 Hasil Pemeriksaan :

**Foto Thorax PA :**

- Hypereaerasi pada kedua paru
- Cor : membesar ke kanan dan ke kiri aorta normal
- Kedua sinus dan diafragma baik
- Tulang – tulang intak
- Jaringan lunak sekitar kesan baik

**Kesan :**

**Emphysema pulmonum**

**Cardiomegaly DD / Efusi pericard**

**VIII. Tindakan medik/pengobatan**

1. Tindakan medik :  
 Pemberian oksigen  
 pemberian cairan (NaCl 10 tpm)  
 Pemeriksaan EKG

2. Pengobatan

Nama Obat	Dosis	Waktu Pemberian Obat		
Inj. Levofloxacin	1 x 750 mg	12:00		
Inj. Furosemid	3 x 2 amp	12:00	18:00	06:00
Spironolacton	1 x 25 mg	12:00		
Warfarin	1x 2 mg	12:00		
Digoxin	1 x 0,25			06:00
Inj. MP 62,5 mg	3 x 1/2/ w	12:00	18:00	06:00
Inj Omeprazole	2 x 1		18:00	06:00
Acetylsistein	3 x 200 mg	12:00	18:00	06:00
Nebu combiven/forbiven	3 x 1	12:00	18:00	06:00
Inj. ceftriaxon	2 x 1 gr		18:00	06:00
Inj. Resfar	1 x1		18:00	

Kendari,.....  
 Mahasiswa

LAMPIRAN 4

Lembar Standar Operasional Prosedur (Sop) Sop Standar Pemberian Oksigen

<b>Pemberian Oksigen</b>	
<b>Definisi</b>	Memasukkan zat asam (oksigen) ke dalam paru-paru pasien melalui saluran pernapasan.
<b>Tujuan</b>	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah pemasangan oksigen.
<b>Persiapan Alat</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tabung oksigen lengkap dengan manometernya</li> <li>2. Pengukuran aliran (Flow meter)</li> <li>3. Botol pelembab (Humidifier) yang sudah diisi dengan air matang/aquadest sampai pada batas untuk melembabkan udara.</li> <li>4. Selang oksigen</li> </ol>
<b>Prosedur</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien diberikan penjelasan tentang hal-hal yang akan di lakukan</li> <li>2. Pasien diatur dalam posisi nyaman dan aman</li> <li>3. Pemberian oksigen yang sederhana mempergunakan masker, masker dipasang atau ditutup pada mulut mempergunakan kanul hidung ganda, ujung kanul di masukan ke dalam ke dua lubang hidung.</li> <li>4. Isi tabung diperiksa dan dicoba</li> <li>5. Selang oksigen dihubungkan dengan kanul hidung ganda, masker oksigen.</li> <li>6. Flow meter dibuka dengan ukuran yang disesuaikan dega kebutuhan (biasanya 2 sampai 3 liter/menit)</li> <li>7. Pasien ditanya apakah sesaknya sudah berkurang</li> <li>8. Pemberian oksigen dapat dilaksanakan terus menerus, selang-selang (intermiten) atau dihentikan sesuai dengan program pengobatan.</li> <li>9. Apabila pemberian oksigen tidak diperlukan lagi, masker hidung atau kanul hidung ganda diangkat dan dibersihkan, flow meter ditutup</li> <li>10. Pasien dirapikan kembali</li> <li>11. Petugas cuci tangan</li> <li>12. Mengakhiri tindakan dengan mengucapkan salam</li> <li>13. Kontrak waktu selanjutnya dan evaluasi respon pasien</li> <li>14. Dokumentasi</li> </ol>

## LAMPIRAN 5



**PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI TENGGARA**  
**BADAN RISET DAN INOVASI DAERAH**

Alamat : Jl. Mayjend S. Parman No. 03 Kendari 93121  
Website : <https://brida.sultra prov.go.id> Email : [bridaprov.sultra@gmail.com](mailto:bridaprov.sultra@gmail.com)

Kendari, 21 Mei 2024

Nomor : 070/ 1734 / V /2024  
Lampiran :  
Perihal : Izin Penelitian

Yth. Direktur RSUD Kota Kendari  
di –  
Tempat

Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari Nomor : PP.08.02/F.XXXVII/1627/2024 tanggal, 16 Mei 2024 perihal tersebut, dengan ini menerangkan bahwa Mahasiswa atas nama :

Nama : JUMRAN RIZKY ADIL  
NIM : P00320021070  
Prog. Studi : D-III Keperawatan  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Lokasi Penelitian : RSUD Kota Kendari

Bermaksud untuk melakukan Penelitian/Pengambilan Data pada wilayah sesuai Lokasi penelitiannya, dalam rangka penyusunan KT1, dengan judul, "Gambaran Penerapan Pemberian Terapi Oksigen Terhadap Pola Napas Pasien Congestive Heart Failure di Ruang ICU RSUD Kota Kendari".  
Yang akan dilaksanakan dari tanggal : 21 Mei 2024 sampai selesai.

Sehubungan dengan hal tersebut, pada prinsipnya menyetujui pelaksanaan penelitian dimaksud dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Senantiasa menjaga keamanan dan ketertiban serta mentaati perundang-undangan yang berlaku.
2. Badan Riset dan Inovasi Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara hanya menerbitkan izin penelitian sekali untuk setiap penelitian
3. Menyerahkan 1 (satu) rangkap copy hasil penelitian kepada Gubernur Sulawesi Tenggara  
Cq. Kepala Badan Riset dan Inovasi Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara.
4. Surat izin akan dibatalkan dan dinyatakan tidak berlaku apabila di salah gunakan.

Demikian surat Izin Penelitian ini diberikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.



Ditandatangani secara elektronik oleh:  
Kepala Badan Riset dan Inovasi Daerah  
Provinsi Sulawesi Tenggara

Dra. Hj. ISMA, M. Si  
NIP 19660306 198603 2 016

**Tembusan:**

1. Gubernur Sulawesi Tenggara (sebagai laporan) di Kendari;
2. Walikota Kendari di Kendari;
3. Direktur Poltekkes Kemenkes Kendari di Kendari;
4. Ketua Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari di Kendari;
5. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari di Tempat;
6. Yang Bersangkutan.-;

## LAMPIRAN 6



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KENDARI**

Jalan Jend. A.H Nasution No. G. 14 Anduonohu, Kota Kendari 93232  
Telp. (0401)890492 Fax. (0401) 898899 e-mail: poltekkeskendari@yahoo.com



Nomor : PP.08.02/F.XXXVII/4054/2023  
Sifat : BIASA  
Lampiran : -  
Hal : Izin Pengambilan Data

4 Desember 2023

Yth. RSUD Kota Kendari  
Di

Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya pengambilan data penelitian mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari:

Nama : Jumran Rizky Adil  
NIM : P00320021070  
Jurusan/Prodi : D-III Keperawatan  
Judul Penelitian : Gambaran Penerapan Terapi Oksigen Terhadap Pola Napas Pasien Dengan Congestive Heart Failure (CHF) Di Ruang ICU RSUD Kota kendari

Mohon kiranya dapat diberikan izin pengambilan data awal penelitian di instansi yang Bapak/Ibu Pimpin.

Demikian penyampaian kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih

Direktur Politeknik Kesehatan  
Kementerian Kesehatan Kendari,



**Teguh Fathurrahman, SKM, MPPM**



PEMERINTAH KOTA KENDARI  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI  
Jl. Z.A. Sugiarto No.39 Kendari  
Email: rsudkotakendari9@gmail.com

SURAT PENGANTAR PENGAMBILAN DATA

Kepada Yth.  
Kepala Ruang / Peir. S.M.....  
Di \_\_\_\_\_  
Tempat \_\_\_\_\_

Yang bertandatangan dibawah ini menerangkan bahwa :

Nama : JUMRAN RIUKY AN  
Jurusan/ Institusi : Keperawatan / Poltekkes Kendari  
NIM : P00320021070  
Alamat : Kec. Wta-wta, Kel. Anawai  
Judul penelitian : Gambaran Penerapan Pemberian Oksigen

terhadap pola napas pasien dengan congestive heart failure  
di ruangan ICU RSUD Kota Kendari  
Telah memenuhi prosedur/persyaratan untuk diberikan izin pengambilan data awal untuk penelitian. Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 11 Januari 2023

An-Direktur  
Kepala Subbagian Kopogawaian  
Dan Diklat

Rachmawati A, SKM  
NIP. 19841111 201001 2 033



LAMPIRAN 7



PEMERINTAH KOTA KENDARI  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI  
Jl. Brigjend S.A. Sugiarto No. 39 Kendari  
Email: rsudkotakendari39@gmail.com

SURAT PENGANTAR PENELITIAN

Kepada Yth.  
Kepala Puungan ICU  
Di \_\_\_\_\_  
Tempat \_\_\_\_\_

Yang bertandatangan dibawah ini menerangkan bahwa,

Nama : JUMPAH RIZKY ADIL  
NIM : 00320021070  
Jurusan/ Prodi : D-III Keperawatan  
Institusi : POLTEKNEK MEMORIALS KENDARI  
Judul penelitian : Gambaran Penerapan pemberian terapi oksigen terhadap pola nafas pasien congestive heart Failure diwardah ICU RSUD Kota Kendari

Telah memenuhi prosedur/persyaratan untuk melaksanakan penelitian di RSUD Kota Kendari.

Demikian surat pengantar ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 28 Mei ..... 2024

An, Direktur  
Kasabbing Keperawatan dan Diklat



Rachmaty A. SKM  
NIP 19841131 201001 2 033

LAMPIRAN 8



**PEMERINTAH KOTA KENDARI**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA KENDARI**

*Jl. Brigjend L.A. Sugianto No.39 Kendari*

*Email: rsudkotakendari39@gmail.com*

**SURAT KETERANGAN PENELITIAN**

**Nomor : 070/ 14430 / 2024**

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa :

Nama : Jumran Rizky Adil  
NIM : P00320021070  
Jurusan/Prodi : DIII - Keperawatan  
Institusi : Poltekkes Kemenkes Kendari

Nama tersebut di atas benar-benar telah melakukan penelitian dengan judul "GAMBARAN PENERAPAN PEMBERIAN TERAPI OKSIGEN TERHADAP POLA NAPAS PASIEN DENGAN *CONGESTIVE HEART FAILURE/ CHF* DI RUANGAN ICCU RSUD KOTA KENDARI" sejak tanggal 28 Mei 2024 s/d 31 Mei 2024.

Demikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kendari, 3 Juni 2024

Direktur,  
Kantor Sekretariat  
  
Marsen, SKM  
NID. 19740624 199603 2 004

LAMPIRAN 9



Kementerian Kesehatan  
Politeknik Kendari

Jalan A.M Nasution No G-14 Anduorohu,  
Kendari, Sulawesi Tenggara 93231  
(0401) 3190492  
<https://politeknikeskendari.ac.id>

**SURAT KETERANGAN BEBAS PUSTAKA**  
**NO: KM.06.02/1/ 067 /2024**

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Unit Perpustakaan Terpadu Politeknik Kesehatan Kendari, menerangkan bahwa :

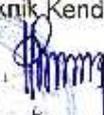
Nama : Jumran Rizky Adil  
NIM : P00320021070  
Tempat Tgl. Lahir : Punggaluku, 7 November 2003  
Jurusan : D-III Keperawatan  
Alamat : Jl. Tunggala

Dengan ini Menerangkan bahwa mahasiswa tersebut bebas dari peminjaman buku maupun administrasi lainnya.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir pada Tahun 2024.

Kendari, 13 Mei 2024

Kepala Unit Perpustakaan Terpadu  
Politeknik Kendari

  
**Irmayanti Tahir, S.I.K**  
**NIP. 197509141999032001**

LAMPIRAN 10

**DOKUMENTASI**

**HARI I**



**KET : Sedang Melakukan Pemeriksaan fisik dan pola napas**

**HARI II**



**KET: Sedang Melakukan Pemeriksaan Suara Napas Dan Pola Napas**

### HARI III



**KET : Sedang Melakukan Pengecekan Saturasi Oksigen Dan Pola Napas**

## HASIL CEK PLAGIARISME

