

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

Pasien Ny. G, perempuan berusia 56 tahun, datang sebagai pasien rujukan dari RSUD Cut Nyak Dhien dengan keluhan nyeri dada yang memberat sejak 1 hari terakhir dan disertai sesak napas saat melakukan aktivitas ringan. Pasien juga mengeluhkan mudah lelah dan napas pendek terutama saat berbaring.

Pasien memiliki riwayat Diabetes Mellitus sejak 10 tahun yang lalu dan Hipertensi selama 5 tahun, namun tidak terkontrol dengan baik karena ketidakpatuhan minum obat dan jarang melakukan kontrol kesehatan. Riwayat keluarga menunjukkan adanya anggota dengan penyakit jantung koroner.

A. PENGKAJIAN

1. Identitas Pasien

Nama : Ny. G
Umur : 50 tahun (17-11-1972)
Agama : Islam
Suku : Aceh
Pendidikan : SLTA
Status Perkawinan : Kawin
NO RM : 219761
Jaminan : BPJS
Alamat : Meureubo, Aceh Barat , Aceh
Pekerjaan : Wiraswasta
Diagnosa pre tindakan : CHF *Functional Class II* ec CAD, DM tipe 2, Hipertensi
Diagnosa post tindakan : CAD 1VD + LM + CHF + DM Type II
Tanggal MRS : 20 Oktober
Tanggal pengkajian : 20 Oktober

2. Data Penanggung Jawab

Nama : Tn M
Usia : 30 tahun

Hubungan : Anak

Alamat : Meureubo, Aceh Barat , Aceh

3. Keluhan Utama

Mudah lelah dan mengeluh dada terasa sesak jika aktivitas berlebih, berjalan jauh sekitar 400m dan kadang-kadang terbangun saat tidur di malam hari

4. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien rujukan dari RSUD Cut Nyak Dhien Meulaboh, Pasien mengeluh mudah lelah dan di dada terasa sesak saat aktivitas berlebih dan berjalan jauh sekitar 400m, naik-turun tangga, keluhan tidak disertai nyeri dada, pasien di rumah tidur dengan menggunakan 2 bantal dan kadang-kadang terbangun pada malam hari karena terasa sesak, keluhan sudah sejak tahun 2024 dan pasien tidak pernah kontrol dan tidak minum obat diabetes dan obat hipertensi dengan alasan takut rusak ginjal, dan keluhan makin sering terasa 3 minggu terakhir. Selanjutnya pasien dijadwalkan untuk tindakan angiografi koroner.

Pasien datang ke RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh pada tanggal 20 Oktober 2025 jam 08.00 WIB, masuk ke ruang pre tindakan Ruang Al-huda untuk persiapan tindakan angiografi koroner. Pasien puasa dari jam 08.00 WIB, dan pasien masuk ke ruang tindakan pada pukul 16.00.00 WIB.

5. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien rujukan dari RSUD Cut Nyal Dhien Meulaboh dengan diagnosa CHF, masuk dengan keluhan mudah lelah dan di dada terasa sesak saat aktivitas berlebih dan berjalan jauh sekitar 400m, naik-turun tangga, DOE (+), OP (+), PND (+). Dan pasien mengatakan mempunyai riwayat Diabetes Melitus (DM) dan Hipertensi baru diketahui sejak di rawat di RS, Tidak pernah kontrol dan tidak mau minum obat diabetes dan hipertensi.

6. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mempunyai penyakit jantung, hipertensi dan diabetes.

7. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Kesadaran: Compos mentis, pasien kooperatif dan mampu berkomunikasi

dengan baik

Berat badan : 59 kg

Tinggi badan : 155 cm

Alergi : Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi obat maupun makanan

b. Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah : 180/90 mmHg

Frekuensi nadi : 87 kali per menit

Frekuensi pernafasan : 16 kali per menit

Suhu : 36 °C

Saturasi : 100 %

c. Pemeriksaan kepala dan leher

Rambut : Warna hitam, bersih

Leher : Tidak ada benjolan, menelan baik, tidak ada peningkatan JVP

Mata : Penglihatan baik, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis

d. Pemeriksaan Dada

Bunyi jantung 1 dan 2 reguler, tidak disertai bunyi tambahan seperti mur - mur dan gallop. Bunyi nafas vesikuler, tidak ada bunyi nafas tambahan, gerakan dinding dada simetris kanan kiri. Tidak ada benjolan ataupun jejas di dada.

e. Abdomen

Bising usus normal, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, tidak ada ascites, tidak ada muntah darah, mual ataupun muntah.

f. Ekstremitas

Tidak ada oedema, akral hangat, CRT < 3 detik, pulsasi radialis kanan dan kiri adekuat, pulsasi dorsalis pedis kanan dan kiri adekuat. Terpasang infus NaCL 0.9% 0.5 cc/kgBB/jam pada tangan kiri.

g. Pola persepsi psikologis - konsep diri

Pasien saat ini merasa optimis dan bersemangat untuk sembuh. Pasien sudah setuju dilakukan tindakan. Pasien merasa siap dan tidak ada kekhawatiran karena sudah dirawat di Rumah Sakit yang tepat.

h. Pola eliminasi

Pasien mengatakan buang air kecilnya normal 5-8 kali sehari, warna jernih tidak ada keluhan nyeri saat BAK, dan BAB nya juga lancar dan normal 1x sehari tidak ada konstipasi, tidak ada perdarahan.

i. Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan hanya dapat melakukan aktivitas ringan sampai dengan sedang. Tapi terkadang pasien memaksa untuk melakukan aktivitas berlebih karena tetap bekerja dengan disertai keluhan dada terasa sesak. Aktivitas sehari-hari pasien tetap bekerja.

8. Terapi Obat - Obatan

Tabel 3.1 Terapi Pengobatan Pasien

Nama obat	Frekuensi	Quantity
Aspilet 80 Mg	1	1
Spironolakton 25 Mg	1	1
Nitrokaf 2,5 Mg	2	1
Clopidogrel 75 Mg	1	1
Captopril 12,5 Mg	2	1

9. Pemeriksaan Penunjang

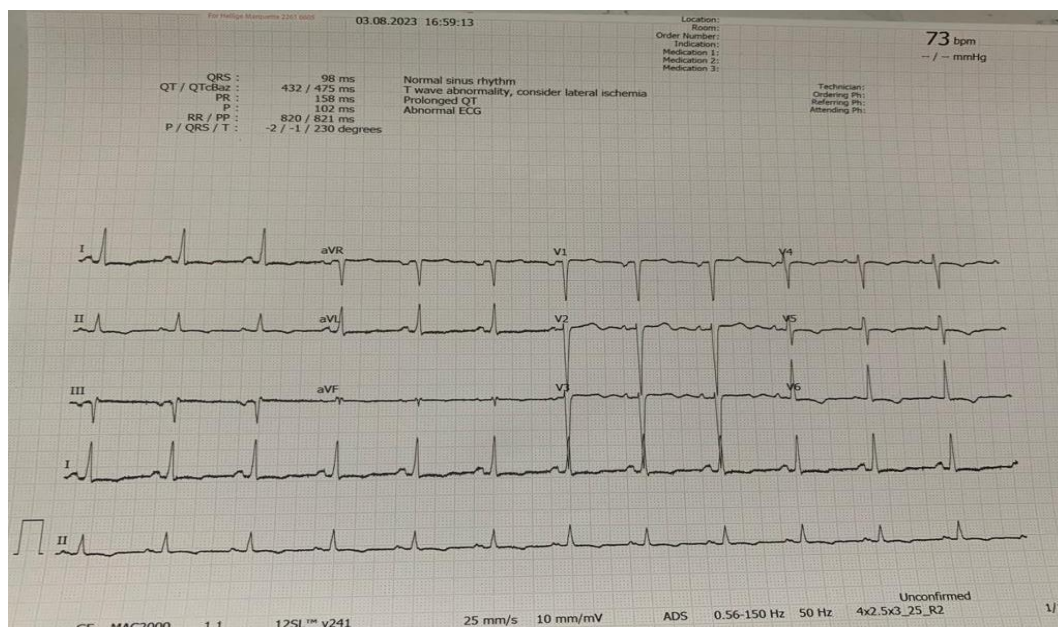
a. Laboratorium

Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 02-08-2023

Jenis pemeriksaan	Hasil
RT PCR SARS CoV-2	Negatif
Hemoglobin	15.3 g/dL
Hematokrit	47.4 %
Trombosit	392.000 /uL
Leukosit	6.880 /uL
PT	10.6 detik
INR	1.02
Creatinin	0.65 mg/dL
Ureum	22.40 mg/dL

BUN	10.5 mg/dL
eGFR	107
GDS	262 mg/dL
Na/K/Cl	134 / 5.3 / 99
HbSAg	Non reaktif
HCV	Non reaktif

b. Hasil EKG

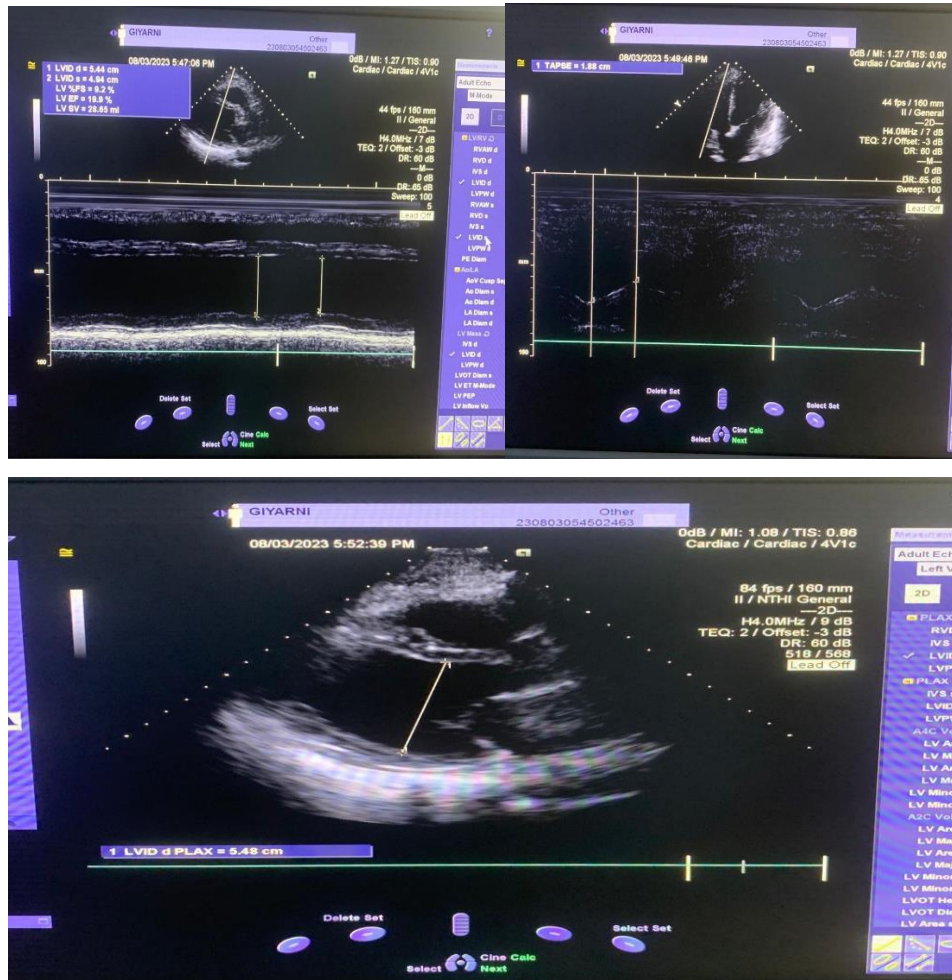


Gambar 3.1 Gambar EKG tanggal 03-08-2023

Irama reguler, HR 78 x/menit, gelombang P normal, PR interval normal (0,16 detik), gelombang QRS normal (lebar 0,08 detik), ST depresi (V4, V5, V6) atau T inverted (V4, V5, V6)

Kesimpulan: Sinus Rhythm dengan ST depresi dan T inverted Lateral, LVH

c. Ekokardiografi

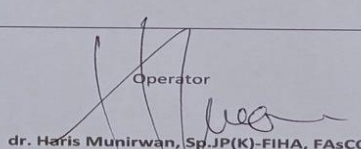


Pemeriksaan ekokardiografi dillakukan tanggal 03-08-2023:

Reduced LV systolik function LVEF 20 %. Tapse (1.88 cm).

LVID (5,48 cm)

d. Pengkajian intra tindakan Angiografi koroner

LAPORAN HASIL PERCUTANEOUS ANGIOGRAPHY CORONER (PAC)		
DPJP : dr. Haris Munirwan, Sp.JP, Subsp. K.I (K)-FIHA, FAsCC, FAPSC	Operator : dr. Haris Munirwan, Sp.JP, Subsp. K.I (K)-FIHA, FAsCC, FAPSC	Asisten Operator : Riska Juliansyah, S.Kep
DPJP Anestesiologi : NA	Asisten Anestesiologi : NA	
Tanggal Tindakan: 20 Oktober 2025 No. CD : 01.62.10.25 Diagnosa : Unstable angina pectoris + Acute Heart Failure + HHD + DM tipe II Akses : A. Radialis Dextra Jenis Tindakan ☐ Bersih ☐ Bersih Terkontaminasi ☐ Terkontaminasi Tindakan Ke ☐ 1 ☐ Re-Do Profilaksi ☐ Ya ☐ Tidak Pemberian antikoagulan : Heparin, dosis pemberian : 3000 UI		Pemakaian Kontras : 30 cc Total Radiasi : 20 Gy.cm ² Komplikasi : Acute Heart Failure + AKI eGFR : 42 mL/min/1.73 m ²
HASIL PAC : LM : stenosis 80% di distal LAD : Diffuse stenosis dari ostial hingga proximal dengan lesi terberat 80% di ostial D1 LCx : Kecil, normal RCA : Dominan, normal KESIMPULAN : CAD 2 VD SARAN : Kardiak Conference INSTRUKSI POST TINDAKAN : - Pantau vital sign, hematoma dan perdarahan - Target urine output 960 cc selama 12 jam - Rehidrasi dengan IVFD NaCl 0.9% 10 gtt/menit selama 12 jam post tindakan - Cek Ur /Cr besok - Aff TR Band 4 jam post tindakan (22.00 WIB)		
 Operator dr. Haris Munirwan, Sp.JP(K)-FIHA, FAsCC Interventional Cardiologist		

Tindakan antiseptik di daerah radial dextra. *Pre* tindakan tekanan darah 191/102 mmHg, HR 86 x/menit, RR 19 x/menit, dan SpO2 100%, time out dilakukan dan tindakan dimulai pukul 14.55 WIB. Dilakukan anastesi lokal dengan Lidocain 2% di area arteri radialis dextra, kemudian pungsi arteri radialis dextra dengan sheath kateter radialis 6 Fr sebanyak 2 kali pungsi. Diberikan Heparin 5000 IU dan NTG 300 mcg Intra arterial melalui arteri radialis dextra, kemudian dilakukan kanulasi LCA dan RCA dengan chateter diagnostik optitorque 5F. Tindakan selesai pukul 15.22 WIB.

Pasien tidur di meja tindakan menggunakan 1 bantal. Pasien tidak ada keluhan selama tindakan berlangsung.

Didapatkan hasil angiografi sebagai berikut :

LM : Discrete stenosis 40% di distal

LAD : Diffuse stenosis dari ostial hingga proximal dengan lesi terberat 80% di ostial D1

LCx : Kecil, normal

RCA : Dominan. normal

Total perdarahan 5 ml , iv line 50 ml, Jenis media kontras Hexiol 350 sebanyak 27 ml

Kesimpulan : CAD 2VD

Saran : Kardiak Confrence

e. Pengkajian post tindakan angiografi koroner jam 17.45 Wib

Vital sign : Tekanan darah 180/90 mmHg, HR 87 x/menit, RR 16 x/menit, suhu 36.2°C dan SpO2 100%.

Inspeksi : Tidak terdapat hematoma pada area pungsi radialis kanan.

Abdomen : Bising usus normal 10 x/menit, tidak ada mual/muntah

Ekstremitas : Tidak ada kelemahan, terpasang Nichiban pada Arteri Radialis Dextra, tidak terdapat hematoma dan rembesan darah.

Intake iv $\pm$ 50 ml.

Pasien mengatakan haus setelah tindakan, minum 150 ml air hangat, BAK $\pm$ 200 ml setelah tindakan.

Skor nilai risiko terjadinya CIN menurut **Mehran** adalah

Tabel 3.3 Skor Risiko CIN

Factor resiko	Score	Hasil
Hypotension (SBP<80 mmHg or > 1 h of inotropic support	5	0
Intra arterial ballon pump therapy	5	0

Chronic heart failure, (NYHA III/IV or recent pulmonary oedema)	5	5
Age > 75 years	4	0
Diabetes mellitus	3	3
Anemia (Male : HCT <0,39. Female : HCT <0,36)	3	0
Contrast media volume	1 per 100 cc	0
Serum Creatinine >1.5 mg/dl	4	0
OR		
eGFR < 20 ml/min	6	0
eGFR 20-40 ml/min	4	0
eGFR 40-60 ml/min	2	0
Jumlah		8

Kesimpulan : Risiko terjadinya CIN sebesar 14,0% (resiko Sedang) dan Risiko terjadinya dialysis adalah 0,12 %

ANALISA DATA

Tabel 3.3 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1.	20/10/2025 jam 18.35 Wib DS : ➤ Pasien mengatakan mudah lelah jika aktivitas berlebih seperti berjalan jauh sekitar 400m dan naik-turun tangga dan terasa sesak di dada dan kadang-kadang terbangun saat tidur malam karna tiba-tiba terasa sesak	Perubahan kontraktilitas	Penurunan curah jantung (D. 0008)

	➤ Keluhan tidak disertai nyeri dada - DO : ➤ DOE (+) ➤ OP (+) ➤ PND (+) ➤ Tidur dengan 2 bantal ➤ TD 180/90 mmHg, HR 87 x/menit, RR 16 x/menit, suhu 36.2°C dan SpO2 100%. ➤ EF 20 % ➤ LVID (5,48 cm) ➤ LVH ➤ Urine output 1 cc/kg/BB ➤ Hasil angiografi koroner: CAD 1VD + LM ➤ Akral hangat ➤ CRT < 3 detik		
2.	20/10/2025 jam 20.40 Wib DS : ➤ Pasien mengatakan haus setelah tindakan angiografi koroner DO : ➤ Pasien dilakukan rehidrasi iv 0,5 cc/kgbb/jam sebelum Tindakan selama 3 jam menggunakan NaCl 0,9%	Pemakaian media kontras intra angiografi koroner	Risiko perfusi renal tidak efektif (D.0016)

	(90cc) ➤ Ureum : 22.40 mg/dl ➤ Creatini : 0.65 mg/dl ➤ eGFR : 107 ➤ GDS : 262 mg/dl ➤ Minum air putih 150ml post tindakan ➤ Penggunaan media kontras Hexiol 350 sebanyak 27 ml ➤ Mehran Skor 8 (<i>Cin Risk Moderate</i> 14%, <i>Dialysis risk</i> 0.12%) ➤ <i>Urine output</i> 1 cc/kg/BB		
3.	20/10/2025 jam 21.00 Wib DS : ➤ Pasien mengatakan ada luka tusuk di tangan kanan dan tidak ada rembesan darah DO : ➤ Post tindakan : menggunakan sheat 6 Fr, lama tindakan 30 menit, dan pungsi sebanyak 2 kali ➤ Terpasang nichiband, tidak ada hematoma dan rembesan darah ➤ Saat tindakan di berikan heparin 5000 iu ➤ Obat yang diminum Clopidogrel	Prosedur tindakan, Efek agen farmakologis	Risiko Perdarahan (D. 0012)

	➤ Perdarahan intra tindakan: 5ml ➤ INR : 1.02 ➤ TD: 180/90 mmHg, HR 87 x/menit, RR 16 x/menit, suhu 36.2°C dan SpO2 100%.		
4.	20/10/2025 jam 21.40 Wib DS : ➤ Pasien Mengatakan tidak mau minum obat diabetes dan hipertensi karna takut rusak ginjal ➤ Pasien tidak pernah kontrol selama sakit ➤ Pasien tidak memahami faktor risiko CHF dan Diit pasien CHF ➤ Pasien masih belum paham tentang perawatan post kateterisasi DO : ➤ GDS : 262 mg/dl ➤ TD: 180/90 mmHg, HR 87 x/menit, RR 16 x/menit, suhu 36.2°C dan SpO2 100%. ➤ Pasien tidak bisa menjelaskan tentang aturan minum obat diabetes dan hipertensi ➤ Pasien tidak bisa menjelaskan tentang faktor risiko yang	Kurang terpapar informasi	Defisit Pengetahuan (D.0111)

	memperberat CHF dan diit pada pasien CHF ➤ Pasien tidak bisa menjelaskan tentang perawatan post Tindakan kateterisasi		
--	---	--	--

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan kontraktilitas
2. Risiko perfusi renal tidak efektif dibuktikan dengan pemakaian media kontras intra angiografi koroner
3. Risiko perdarahan dibuktikan dengan prosedur tindakan, efek agen farmakologis
4. Defisit pengetahuan dibuktikan dengan kurang terpapar informasi

3.5 INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.4 Rencana Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan kontraktilitas	Luaran utama : Curah Jantung (L. 02008) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam maka gangguan curah jantung tidak terjadi dengan kriteria hasil : 1. Tekanan darah dalam batas normal 2. Lelah menurun 3. Sesak saat aktivitas berlebih menurun	Intervensi utama : Perawatan jantung (I. 02075) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnue, kelelahan, edema, ortopnue, PND, peningkatan CVP) 2. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi distensi vena jugularis,

			palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat, hepatomegali) 3. Monitor tanda tanda vital 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor saturasi oksigen 6. Monitor EKG 12 sadapan 7. Monitor aritmia <i>Terapeutik</i> 1. Posisikan semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 2. Berikan dukungan emosional dan spiritual <i>Edukasi</i> 1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi dan secara bertahap 2. Ajarkan pasien dan keluarga untuk mengukur intake dan output cairan harian <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
2.	Risiko perfusi renal tidak efektif dibuktikan dengan pemakaian media	Luaran utama : Perfusi renal (L. 02012) Setelah dilakukan	Intervensi utama : pencegahan syok (I. 02068) <i>Observasi:</i>

	kontras intra angiografi koroner	intervensi perawatan selama 3 x 24 jam, maka perfusi renal meningkat dengan kriteria hasil: 1. Tekanan arteri rata-rata membaik 2. Kadar kreatinin plasma tidak meningkat 3. Tekanan darah sistolik dan diastolik membaik	1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas, TD, MAP) 2. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) <i>Terapeutik:</i> 1. Pasang jalur iv line bila perlu 2. Berikan intake cairan oral sesuai indikasi <i>edukasi:</i> 1. Anjurkan asupan cairan oral sesuai indikasi <i>kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu
3.	Risiko perdarahan dibuktikan dengan prosedur tindakan, efek agen farmakologis	Luaran utama : Tingkat perdarahan (L. 02017) Setelah dilakukan intervensi perawatan selama 1x4 jam, maka tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil : 1. Tekanan darah membaik 2. Perdarahan pasca	Intervensi utama : Pencegahan perdarahan (L. 02067) <i>Observasi</i> 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor tanda-tanda vital ortostatik, termasuk tekanan darah <i>Terapeutik</i> 1. Pertahankan agar pasien tetap tirah baring

		prosedur invasif menurun	2. Batasi tindakan invasif, bila perlu <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 2. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu
4	Defisit pengetahuan dibuktikan dengan kurang terpapar informasi	1. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit , pasien memahami tentang faktor risiko perberat CHF dan Diet pasien CHF dan mengenai cara perawatan post angiografi Kriteria hasil : ➤ Pasien memahami Faktor-faktor risiko CHF ➤ Pasien memahami Diet Pasien CHF ➤ Pasien mampu	Edukasi Kesehatan <i>Observasi</i> 1. Identifikasi kesiapan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku <i>Terapeutik</i> 1. Berikan Pendidikan Kesehatan sesuai dengan penyakitnya. 2. Berikan kesempatan untuk bertanya. 3. Libatkan keluarga untuk perawatan pasien saat di rumah. <i>Edukasi</i>

		menjelaskan kembali perawatan post kateterisasi jantung	1. Edukasi pasien mengenai Faktor risiko perberat CHF 2. Edukasi pasien tentang Diet Pasien CHF 3. Edukasi mengenai perawatan post Tindakan kateterisasi
--	--	---	--

3.6 IMPLEMENTASI dan EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No	Waktu	Implementasi	Evaluasi
1.	21 Oktober 2025 jam 08.00 wib Jam 11.00	Diagnosa Pertama 1. Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung 2. Mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung 3. Memonitor tekanan darah 4. Memonitor intake dan output cairan 5. Memonitor saturasi oksigen 6. Memposisikan semi fowler atau fowler	Jam 14.00 Wib S : Pasien mengatakan tidak sesak nafas karena pasien istirahat di bed, tidak ada kelelahan setelah tindakan, nyaman dengan posisi semi fowler, Bisa BAK spontan setelah tindakan angiografi koroner dan sudah mulai bisa mengukur cairan masuk dan keluar sendiri. O : ➤ Intake oral 150 ml setelah tindakan angiografi koroner

	Jam 11.30	dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman	➤ Intake iv selama tindakan 50 ml
	Jam 12.00	7. Memberikan dukungan emosional dan spiritual	➤ Media kontras = 27 ml
		8. Melakukan edukasi tentang aktivitas fisik yang boleh/tidak dilakukan sesuai toleransi pasien	➤ Perdarahan intra tindakan: 5 ml
		9. Mengajarkan pasien dan keluarga untuk mengukur intake dan output cairan harian	➤ Urin output 1 cc/kg/BB
			➤ Balance cairan/6 jam = -35 ml
			➤ Posisi pasien semi fowler di Bed
			➤ Tekanan darah 1402/90 mmHg, HR 76 x/menit, RR 17 x/menit, SpO2 100%
			A : Masalah penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan kontraktilitas belum teratasi
			P : Lanjutkan Intervensi
			1. Memonitor tekanan darah
			2. Memonitor intake dan output cairan
			3. Memonitor saturasi oksigen
			4. Memposisikan semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
			5. Memberikan

			dukungan emosional dan spiritual 6. Melakukan edukasi tentang aktivitas fisik yang boleh/tidak dilakukan sesuai toleransi pasien
2.	20 Oktober 2025 jam 08.00 wib Jam 09.00 wib	Diagnosa Kedua 1. Memonitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas, TD, MAP) 2. Memonitor status cairan 3. Memberikan intake cairan oral sesuai indikasi	Jam 14.10 wib S : Pasien mengatakan haus setelah tindakan angiografi koroner dan sudah minum 150 ml, sudah BAK 200 ml, pasien mengerti jika ada rasa kurang nyaman seperti pusing, pandangan gelap, berkunang akan melapor ke perawat O : ➤ Intake oral 150 ml setelah tindakan angiografi koroner ➤ Intake iv selama tindakan 50 ml ➤ Media kontras = 27 ml ➤ Perdarahan intra tindakan: 5 ml ➤ BAK 200 cc /4jam ➤ Balance cairan/4 jam = - 35 ml ➤ Posisi pasien semi

			fowler di Bed ➤ Pulsasi Arteri radialis kanan kuat ➤ Tekanan darah 140/80 mmHg, HR 70 x/menit, RR 17 x/menit, SpO2 100% ➤ Mehran skor 8 A : Risiko perfusi renal tidak efektif dibuktikan dengan pemakaian media kontras intra angiografi koroner belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1. Memonitor status cairan 2. Memberikan intake cairan oral sesuai indikasi
3.	20 Oktober 2025 jam 09.00 wib Jam 11.00 wib	Diagnosa Ketiga 19.35 wib 1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan 2. Memonitor tanda-tanda vital ortostatik, termasuk tekanan darah 3. Mempertahankan	Jam 14.20 Wib S : Pasien mengatakan tidak ada rembesan darah selama nichiband terpasang, dan tidak ada hematoma dan rembesan darah setelah nichiband dilepas. O :

		agar pasien tetap tirah baring 4. Membatasi tindakan invasif, jika perlu 5. Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan 6. Menganjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan	➤ Tidak ada hematoma di bekas pungsi radialis kanan ➤ Nichiband sudah dilepas, terpasang elastikon, tidak ada hematoma rembesan darah ➤ Pasien berbaring di tempat tidur selama di ruang pemulihan A : Perdarahan tidak terjadi P : Intervensi dihentikan
4	20 Oktober 2025 jam 10.00 wib	Diagnosa Keempat 2. Mengkaji tingkat pemahaman pasien tentang faktor risiko perberat CHF dan Diet pasien CHF 3. Memberikan pendidikan kesehatan sesuai kebutuhan pasien tentang bagaimana cara perawatan pasien setelah tindakan 4. Memberikan penjelasan tentang	Jam 14.30 wib S: ➤ Pasien mengatakan memahami dengan edukasi yang diberikan. ➤ Pasien mengerti aktifitas yang boleh dilakukan O: ➤ Pasien memahami tentang aturan minum obat dan pentingnya kontrol rutin, faktor risiko perberat CHF dan Diet pada pasien CHF A:

		faktor risiko perberat CHF	➤ masalah teratasi P: Intervensi dihentikan
--	--	-------------------------------	---

Evaluasi

No	Waktu	Implementasi	Evaluasi
1.	21 Oktober 2025 jam 19.00 wib	Diagnosa Pertama 1. Memonitor tekanan darah 2. Memonitor intake dan output cairan 3. Memonitor saturasi oksigen 4. Memposisikan semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman 5. Memberikan dukungan emosional dan spiritual 6. Melakukan edukasi tentang aktivitas fisik yang boleh/tidak dilakukan sesuai toleransi pasien 7. Mengajarkan pasien dan keluarga untuk mengukur intake dan output cairan harian	Jam 17.20 Wib S : Pasien mengatakan tidak sesak nafas karena pasien istirahat di bed, tidak ada kelelahan setelah tindakan, nyaman dengan posisi semi fowler, Bisa BAK spontan setelah tindakan angiografi koroner dan sudah mulai bisa mengukur cairan masuk dan keluar sendiri. O : ➤ Urin output 1 cc/kg/BB ➤ Balance cairan/6 jam = -35 ml ➤ Posisi pasien semi fowler di Bed ➤ Tekanan darah 140/90 mmHg, HR 76 x/menit, RR 17 x/menit, SpO2 100% A : Masalah penurunan curah jantung dibuktikan dengan perubahan kontraktilitas

			P : Lanjutkan ➤ Intervensi dilanjtkan di Rawat Jalan
2.	21 Oktober 2025 jam 08.00 wib	Diagnosa 2 Jam 19.15 Wib 3. Memonitor status cairan 4. Memberikan intake cairan oral sesuai indikasi	Jam 10.25 wib S : Pasien mengatakan haus setelah tindakan angiografi koroner dan sudah minum 150 ml, sudah BAK 200 ml, pasien mengerti jika ada rasa kurang nyaman seperti pusing, pandangan gelap, berkunang akan melapor ke perawat O : ➤ BAK 200 cc /4jam ➤ Balance cairan/4 jam = - 57 ml ➤ Posisi pasien semi fowler di Bed ➤ Pulsasi Arteri radialis kanan kuat ➤ Tekanan darah 140/80 mmHg, HR 70 x/menit, RR 17 x/menit, SpO2 100% ➤ Mehran skor 8 A : Risiko perfusi renal tidak efektif

			dibuktikan dengan pemakaian media kontras intra angiografi koroner belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Rawat Jalan
--	--	--	--

