



Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

Asuhan Keperawatan

A. Pengkajian

1. Identitas

a. Identitas Klien :

- 1) Nama : Ny. J L/P
- 2) Tempat/tanggal lahir : Pagar Alam 02-07-1969
- 3) Golongan darah : A/O/B/AB
- 4) Pendidikan terakhir : SD/SMP/SMA/DI/DII/DIII/IV/S1/S2/S3
- 5) Agama : Islam
- 6) Suku : Jawa
- 7) Status perkawinan : Janda (cerai : mati)
- 8) Pekerjaan : Swasta
- 9) Alamat : Pekacangan06/03,Pituruh,Purworejo
- 10) Diagnosa medik : PPOK

b. Identitas Penanggung Jawab :

- 1) Nama : Tn. R
- 2) Umur : -
- 3) Jenis kelamin : Laki-laki
- 4) Agama : Islam
- 5) Suku : Jawa
- 6) Hubungan dengan klien : Saudara
- 7) Pendidikan terakhir : SMP
- 8) Alamat : Pekacangan06/03,Pituruh,Purworejo

2. Status Kesehatan

a. Status kesehatan saat ini

- 1) Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama :
Pasien datang dari IGD dikarenakan sesak nafas sejak 2 hari yang lalu, batuk berdahak (warna kecokelatan) tidak bisa tidur, nyeri ulu hati, dan mual tetapi tidak muntah
- 2) Faktor pencetus : PPOK
- 3) Lamanya keluhan : 2 hari
- 4) Timbulnya keluhan : (✓) bertahap () mendadak
- 5) Faktor yang memperberat : pasien baru pertama kali merasakan sakit seperti ini

b. Status kesehatan masa lalu

- 1) Penyakit yang pernah dialami : thypoid, lemah jantung, gejala liver
- 2) Kecelakaan : pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan

c. Pernah dirawat :

- 1) Penyakit : thypoid, lemah jantung, gejala liver
- 2) Waktu : ± dalam 1,5 tahun
- 3) Riwayat operasi : op tumor payudara

3. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik

a. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

- 1) Persepsi tentang kesehatan diri : Pasien mengatakan kesehatan itu penting

- 1) Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya
: Pasien mengatakan tidak mengetahui penyakit dan perawatannya
- 2) Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
 - a) Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat? Tidak ada
 - b) Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi : 1 bulan sekali di poli dalam
 - c) Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan Yang dilakukan bila sakit : berobat

- (1) Kemana pasien biasa berobat bila sakit : ke RS terdekat
- (2) Kebiasaan hidup (konsumsi

jamu/rokok/alkohol/kopi/kebiasaan olah raga)

Merokok : - pak/hari, lama : - tahun

Alkohol : - , lama : - Tahun

Kebiasaan olah raga, jenis : - frekuensi : -

Tabel 4.1 Obat Yang Biasa Dikonsumsi

No	Obat/jamu yang biasa dikonsumsi	Dosis	Keterangan
1.	Seretide	2x1	Mengobati penyakit pernapasan
2.	Cetirizine	1x1 kp	Untuk pernapasan
3.	UDCA	1X1	Untuk empedu
4.	Analsik	2x1 kp jika leher tegang, jika pusing lansoprazole 1x1	Meredakan nyeri

- d) Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan
 - (1) Penghasilan
 - (2) Asuransi/jaminan kesehatan
 - (3) Keadaan lingkungan tempat tinggal

b. Nutrisi, cairan dan metabolik

- 1) Gejala (subyektif)
 - a) Diet biasa (tipe) : tidak ada
Jumlah makan/hari : 3x/hari
 - b) Pola diit : tidak ada
Makan terakhir : nasi, lauk, sayur
 - c) Nafsu/selera makan : baik Mual : Ya/Tidak,
Waktu : Batuk
 - d) Muntah : (√) tidak ada () ada, jumlah : -
Karakteristik : -
 - e) Nyeri ulu hati : () tidak ada (√) ada,
Karakter/penyebab : gejala liver
 - f) Alergi makanan : (√) tidak ada () ada

- g) Masalah mengunyah/menelan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
 h) Keluhan demam : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
 i) Pola minum/cairan : jumlah minum 2 liter
 Cairan yang biasa diminum : air putih
 j) Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : () tidak ada (✓) ada,
 Jelaskan : dikarenakan sakit yang berturut-turut
- 2) Tanda (obyektif)
- a) Suhu tubuh : 36,9 °C
 Diaphoresis : (✓) tidak ada () ada, Jelaskan -
 b) Berat badan : 55 kg Tinggi badan : cm
 Turgor kulit : baik Tonus otot : baik
 c) Edema : (✓) tidak ada () ada,
 Lokasi dan karakteristik
 d) Ascites : (✓) tidak ada () ada, Jelaskan
 e) Integritas kulit perut : baik
 Lingkar abdomen tidak terkaji cm
 f) Distensi vena jugularis : (✓) tidak ada () ada, Jelaskan –
 g) Hernia/masa : (✓) tidak ada () ada, lokasi dan
 karakteristik
 h) Bau mulut/halitosis : (✓) tidak ada () ada
 i) Kondisi mulut/gigi/gusi/mukosa mulut dan lidah : bersih
- c. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan**
- 1) Gejala subyektif :
- a) Dispneu : () tidak ada (✓) ada, jelaskan sesak nafas dan batuk
 berdahak
 b) Yang meningkatkan/mengurangi sesak : aktivitas
 c) Pemajanan terhadap udara berbahaya : tidak ada
 d) Penggunaan alat bantu : () tidak ada (✓) ada, O₂ nasal kanul 3
 lpm
- 2) Tanda obyektif :
- a) Pernafasan: frekuensi : 30x/mnt Kedalaman : nafas cepat dan
 dangkal
 Simetris : dinding dada simetris
 b) Penggunaan alat bantu nafas O₂ nasal kanul
 Nafas cuping hidung : pasien mengalami nafas cuping hidung
 c) Batuk : sering Sputum (karakteristik) warna
 kecokelatan
 d) Fremitus : - Bunyi nafas ronkhi
 e) Egofoni : - Sianosis : -
- d. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)**
- 1) Gejala subyektif :
- a) Kegiatan dalam pekerjaan : tidak terkaji
 b) Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas
 (1) Pergerakan tubuh : normal
 (2) Kemampuan merubah posisi : (✓) mandiri () perlu
 bantuan, Jelaskan
 (3) Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan, dll)
 (✓) mandiri () perlu bantuan, jelaskan

- c) Toileting (BAB/BAK) : (✓) mandiri () perlu bantuan, jelaskan
- d) Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : () tidak ada (✓) ada, jelaskan : sesak nafas saat beraktivitas dan setelahnya
- e) Mudah merasa kelelahan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- f) Toleransi terhadap aktivitas : (✓) baik () kurang, jelaskan

2) Tanda obyektif :

- a) Respon terhadap aktivitas yang teramati -
- b) Status mental (misalnya menarik diri, letargi) -
- c) Penampilan umum :
 - (1) Tampak lemah : (✓) tidak () ya, jelaskan
 - (2) Kerapian berpakaian : kurang rapih
- d) Pengkajian neuromuskuler :
 - Masa/tonus : baik
 - Kekuatan otot : baik
 - Rentang gerak : baik
 - Deformitas : -
- e) Bau badan : - Bau mulut : -
 - Kondisi kulit kepala : baik
 - Kebersihan kuku : bersih

e. Istirahat

1) Gejala subyektif :

- a) Kebiasaan tidur : pasien mengatakan sulit tidur
 - Lama tidur : pasien mengatakan tidak tidur karena terjaga
- b) Masalah berhubungan dengan tidur
 - (1) Insomnia : () tidak ada (✓) ada
 - (2) Kurang puas/segar setelah bangun tidur : () tidak ada (✓) ada, jelaskan : pasien mengatakan tidak bisa tidur
 - (3) Lain-lain, sebutkan : -

2) Tanda obyektif :

- a) Tampak mengantuk/mata sayu : () tidak ada (✓) ada, jelaskan : pasien mengatakan tidak bisa tidur
- b) Mata merah : () tidak ada (✓) ada
- c) Sering menguap : () tidak ada (✓) ada
- d) Kurang konsentrasi : () tidak ada (✓) ada

f. Sirkulasi

1) Gejala subyektif :

- a) Riwayat hipertensi dan masalah jantung : () tidak ada (✓) ada, jelaskan : pasien mengatakan memiliki riwayat lemah jantung
- b) Riwayat edema kaki : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- c) Flebitis : tidak ada () Penyembuhan lambat
- d) Rasa kesemutan : tidak ada
- e) Palpitasi : tidak ada

2) Tanda obyektif :

- a) Tekanan darah : 158/86 mmHg
- b) Mean Arteri Pressure (MAP) :
- c) Nadi :
 - (1) Karotis : ada
 - (2) Femoralis : ada

- (3) Popliteal : ada
- (4) Jugularis : ada
- (5) Radialis : ada
- (6) Dorsal pedis : ada
- (7) Bunyi jantung : lup-lup Frekuensi : 95x/mnt
Irama : lub Kualitas : normal
- (8) Murmur : tidak ada Gallop : tidak ada
- (9) Pengisian kapiler : 2 detik
Varises : tidak ada Phlebitis : tidak ada
- (10) Warna membrane mukosa : pucat
Bibir : lembab
Konjungtiva : anemis Sklera : kemerahan
Punggung kuku : normal tidak sianosis

g. Eliminasi

- 1) Gejala subyektif :
 - a) Pola BAB : frekuensi : 2x sehari konsistensi : padat
 - b) Perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat tertentu, misal : terpasang kolostomi/ileostomy) : tidak terpasang alat bantu BAB
 - c) Kesulitan BAB : tidak ada
Konstipasi : tidak ada
Diare : tidak ada
 - d) Penggunaan laksatif : (√) tidak ada () ada, jelaskan : -
 - e) Waktu BAB terakhir: sebelum dirawat di RS
 - f) Riwayat perdarahan : tidak ada
Hemorrhoid : tidak ada
 - g) Riwayat inkontinensia alvi : tidak ada
 - h) Riwayat penggunaan alat-alat (misalnya kateter) : tidak ada
 - i) Riwayat penggunaan diuretik : tidak ada
 - j) Rasa nyeri/terbakar saat BAK : tidak ada
 - k) Kesulitan BAK : tidak ada
- 2) Tanda obyektif :
 - a) Abdomen :
 - (1) Inspeksi : abdomen membuncit ~~ada~~/tidak, jelaskan tidak ada
 - (2) Auskultasi : bising usus 20x/mnt
Bunyi abnormal : (√) tidak ada () ada, jelaskan : -
 - (3) Perkusi
Bunyi timpani (√) tidak ada () ada
Kembung (√) tidak ada () ada
Bunyi abnormal (√) tidak ada () ada Jelaskan
 - (4) Palpasi :
Nyeri tekan : ada
Nyeri lepas : ada
Konsistensi : lunak/~~keras~~ :
Massa : (√) tidak ada () ada, jelaskan
Pola BAB : konsistensi 2x warna kuning kecokelatan
Abnormal : (√) tidak ada () ada, jelaskan

Pola BAK : dorongan baik Frekuensi 5x sehari

Retensi : tidak ada

Distensi kandung kemih : (√) tidak ada () ada, jelaskan

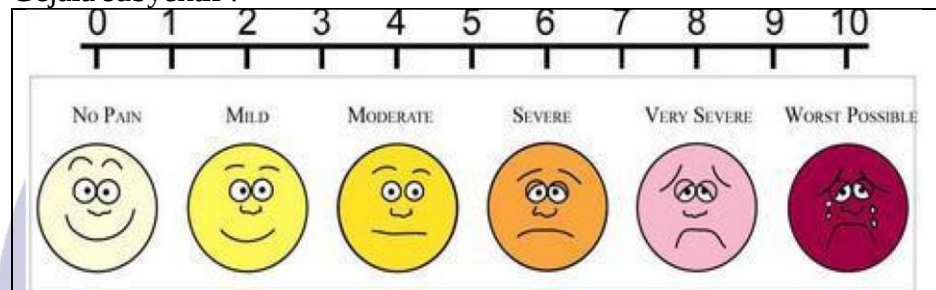
(5) Karakteristik urin : cair

Jumlah ± 200 cc Bau : khas

(6) Bila terpasang kolostomi/ileustomi : keadaan -

h. Neurosensori dan kognitif

1) Gejala subyektif :



a) Adanya nyeri

P = paliatif/provokatif (yang mengurangi/meningkatkan nyeri): pasien mengatakan nyeri ulu hati bertambah saat duduk

Q = kualitas/kuantitas (frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan, deskripsi sifat nyeri yang dirasakan): pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk

R = region/tempat (lokasi sumber dan penyebarannya): pasien mengatakan nyeri ulu hati menjalar ke perut

S = severity/tingkat berat nyeri (skala 1 – 10): skala Nyeri 4

T = time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya): pasien mengatakan Nyeri datang sewaktu-waktu

b) Rasa ingin pingsan/pusing : (√) tidak ada () ada, jelaskan

c) Sakit kepala : lokasi nyeri : tidak ada

Frekuensi : tidak ada

d) Kesemutan/kebas/kelemahan : lokasi : tidak ada

e) Kejang : (√) tidak ada () ada

Jelaskan

Cara mengatasi : -

f) Mata : penurunan penglihatan (√) tidak ada () ada, Jelaskan

g) Pendengaran : penurunan pendengaran (√) tidak ada () ada, Jelaskan

h) Epistaksis : (√) tidak ada () ada Jelaskan

2) Tanda obyektif :

a) Status mental : Kesadaran : (√) komposmentis () apatis () somnolen () sopor () koma

b) Skala coma Glasgow (GCS) : respon membuka mata (E) : 4 Respon motorik (M) : 5 respon verbal (V) : 6

c) Terorientasi/disorientasi :

Waktu : pasien mengatakan sekarang pukul 09.00 WIB

Tempat : pasien mengatakan sekarang berada di ruang

flamboyan

Orang : pasien mengatakan sekarang sedang bersama perawat

d) Persepsi sensori :

Ilusi : tidak ada

Halusinasi : tidak ada

Delusi : tidak ada

Afek : tidak ada

Jelaskan : tidak ada

e) Memori :

Saat ini : pasien masih mengenali dirinya sendiri dan anak-anaknya

Masa lalu : pasien mampu mengingat hal yang sudah terjadi di masa lalu

f) Alat bantu penglihatan/pendengaran : (✓) tidak ada () ada, sebutkan : tidak ada

g) Reaksi pupil terhadap cahaya : ka/ki ada reaksi

Ukuran pupil : mengecil saat terkena cahaya

h) Fascial drop : tidak ada

Postur : tegap

Reflek : tidak ada

i) Penampilan umum tampak kesakitan : () tidak ada (✓) ada

Respon emosional : tidak ada

penyempitan fokus: tidak ada

i. Keamanan

1) Gejala subyektif :

a) Alergi (catatan agen dan reaksi spesifik) : tidak ada

Obat-obatan : tidak ada

Makanan : tidak ada

b) Riwayat penyakit hubungan seksual : (✓) tidak ada () ada, jelaskan

c) Riwayat tranfusi darah : tidak ada

d) Riwayat adanya reaksi tranfusi : tidak ada

e) Riwayat cedera : (✓) tidak ada () ada, sebutkan

f) Riwayat kejang : (✓) tidak ada () ada, sebutkan

2) Tanda Obyektif :

a) Suhu tubuh 36,9 °C Diaforesis : tidak ada

b) Integritas jaringan : tidak ada

c) Jaringan parut : (✓) tidak ada () ada, jelaskan

d) Kemerahan/pucat : (✓) tidak ada () ada, jelaskan

e) Adanya luka : luas : tidak ada

kedalaman : tidak ada

Drainase purulen : tidak ada

Peningkatan nyeri pada luka : tidak ada

f) Ekimosis/tanda perdarahan lain : tidak ada

g) Faktor resiko terpasang alat invasive : (✓) tidak ada () ada, jelaskan

h) Gangguan keseimbangan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan

- i) Kekuatan umum : baik
- Tonus otot : baik
- Parese/paralisa : tidak ada

j. Seksual dan reproduksi

1) Gejala subyektif :

- a) Pemahaman terhadap fungsi seksual : pasien mengatakan paham
- b) Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi atau kondisi sakit) : pasien sudah tidak bersuami/janda mati
- c) Permasalahan selama aktivitas seksual : () tidak ada (✓) ada, jelaskan : sudah tidak bersuami
- d) Pengkajian pada laki-laki : raba pada penis : -
Gangguan prostat : -
- e) Pengkajian pada perempuan
 - a) Gangguan menstruasi (keturunan/keluhan) : tidak ada
 - b) Riwayat kehamilan : pasien mengatakan mempunyai 5 anak dan tidak pernah keguguran
 - c) Riwayat pemeriksaan ginekologi (pap smear) : tidak ada

2) Tanda obyektif :

- 1) Pemeriksaan payudara/penis/testis : normal
- 2) Kutil genital, lesi : tidak ada

k. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme koping

1) Gejala subyektif :

- a) Faktor stress : tidak ada
- b) Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu) : pasien mengatakan pengambilan keputusan dibantu anaknya
- c) Yang dilakukan jika menghadapi suatu masalah (misalnya memecahkan masalah, mencari pertolongan/berbicara dengan orang lain, makan, tidur, minum obat-obatan, marah, diam, dll) : pasien mengatakan jika ada masalah meminta bantuan anaknya
- d) Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang : pasien mengatakan berdiskusi dengan anaknya
- e) Perasaan cemas/takut : () tidak ada (✓) ada, jelaskan : pasien mengatakan mempunyai 2 anak yang masih sekolah
- f) Perasaan ketidakberdayaan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- g) Perasaan keputusasaan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- h) Konsep diri :
 - a) Citra diri : pasien mengatakan mata karena dapat melihat
 - b) Ideal diri : pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan segera pulang agar dapat beraktivitas dengan baik
 - c) Harga diri : pasien mengatakan bahwa dirinya tidak merasakan harga diri rendah selama sakit
 - d) Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas : tidak ada
 - e) Konflik dalam peran : tidak ada

- 2) Tanda obyektif :
 - a) Status emosional : () tenang, () gelisah, () marah, (✓) takut, () mudah tersinggung
 - b) Respon fisiologi yang terobservasi : perubahan tanda vital : ekspresi wajah

l. Interaksi sosial

- 1) Gejala subyektif :
 - a) Orang terdekat & lebih berpengaruh : pasien mengatakan orang terdekat adalah anaknya
 - b) Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah : pasien mengatakan meminta bantuan anaknya
 - c) Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua, saudara, pasangan) : (✓) tidak ada () ada, sebutkan
 - d) Kesulitan berhubungan dengan tenaga kesehatan, klien lain : (✓) tidak ada () ada, sebutkan
- 2) Tanda obyektif :
 - a) Kemampuan berbicara : (✓) jelas () tidak jelas
Tidak dapat dimengerti : tidak ada
Afasia : tidak ada
 - b) Pola bicara tidak biasa/kerusakan : tidak ada
 - c) Penggunaan alat bantu bicara : tidak ada
 - d) Adanya trakeostomi : tidak ada
 - e) Komunikasi verbal/non verbal dengan keluarga/orang lain :
 - f) Perilaku menarik diri : (✓) tidak ada () ada, Sebutkan

m. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

- 1) Gejala subyektif :
 - a) Sumber kekuatan bagi klien : pasien mengatakan sumber kekuatan bagi dirinya yaitu anaknya
 - b) Perasaan menyalahkan Tuhan : (✓) tidak ada () ada, Jelaskan
 - c) Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya :
Macam : ditempat tidur
Frekuensi : 5x sehari
 - d) Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat : tidak ada
 - e) Pemecahan oleh klien : tidak ada
 - f) Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut klien yang bertentangan dengan kesehatan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
 - g) Pertentangan nilai/kebudayaan/keyakinan terhadap pengobatan yang dijalani : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 2) Tanda obyektif :
 - a) Perubahan perilaku : tidak ada
 - b) Menolak pengobatan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
 - c) Berhenti menjalankan aktivitas agama : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
 - d) Menunjukkan sikap permusuhan dengan tenaga kesehatan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan

n. Data Penunjang

1) Laboratorium : 02-12-2024

Tabel 4.2 Hasil Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI			
Hematologi Rutin			
Hemoglobin	14.3	g/dL	10.9-14.9
Leukosit	11.3	H Ribu/uL	4.8-11.3
Trombosit	299	Ribu/uL	150-450
Eritrosit	5.4	H $10^6/uL$	3.8-5.2
Hematokrit	4.1	%	34-45
HITUNG JENIS			
Eosinofil	3.4	%	1-5
Basofil	0.5	%	0-1
Neutrofil	72.2	H %	43-71
Limfosit	17.2	L %	20-45
Monosit	6.7	%	4-10
MCV	75.8	fL	71.8-92
MCH	26.6	PG	22.6-31
MCHC	35.1	g/dL	30.8-35.2
KIMIA KLINIK			
SGOT	20	U/l	<31
SGPT	24	U/l	<32
Gula Darah Sewaktu	101	mg/dL	74-121
Ureum	31	mg/dL	10-50
Creatinin	0.6	mg/dL	0.6-1.1
ELEKTROLIT			
Elektrolit			
Natrium	138	mmol/L	135-147
Kalium	4.1	mmol/L	3.1-5
Chlorida	107	H mmol/L	95-105

2) Radiologi

Tampak adanya hiperinflasi paru, sinus of lancip, diafragma licin, CTR kurang dari 0,5.

Kesan : besar cor normal.

3) Obat-obatan

Tabel 4.3 Obat-Obatan Yang Di Berikan Di Ruang Flamboyan

NO	Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	Indikasi
1.	Sucralfat Syrup	3x2 sendok teh	Oral	Untuk melindungi lambung dari asam peptic, pepsin dan garam empedu
2.	NAC (Acetylstein)	3x1 mg	Oral	Untuk mengencerkan dahak

3.	OBH Syrup	3x2 sendok teh	Oral	Untuk batuk berdahak
4.	Analsik	3x1 mg	Oral	Untuk meredakan rasa nyeri
5.	Cetirizine	1x1 mg	Oral	Untuk mengatasi alergi
6.	UDCA (ursodeoksifolat)	1x1 mg	Oral	Untuk terapi empedu
7.	Salbutamol	3x1	Oral	Untuk mengendurkan dan membuka saluran nafas
8.	Omeprazole	1 ampul/12 jam	Oral	Untuk meredakan gangguan pencernaan
9.	Levofloxacin	500 mg/24 jam	IV	Untuk mengatasi penyakit yang disebabkan karena infeksi bakteri (bronkopneumonia)
10.	Methylprednisolone	62,5 mg/12 jam	IV	Untuk meredakan peradangan
11.	Ranitidine	1x1 ampul	IV	Untuk menurunkan produksi asam lambung
12.	Ventolin + farbivent	3x1 ampul	IV	Untuk mengobati penyakit pada saluran pernapasan
13.	Asering	20 tpm	IV	Untuk menyeimbangkan elektrolit
14.	Seritide (bronkodilatator)	2x1		Untuk mengatasi gangguan pernapasan

B. Diagnosa Keperawatan berdasarkan SDKI

Tabel 4.4 Analisa Data

Tgl/jam	No	Symptom	Etiologi	Problem
---------	----	---------	----------	---------

02-12-2024 09.00 WIB	1.	DS : 1. Pasien mengatakan sesak nafas sejak 2 hari yang lalu 2. Pasien mengatakan batuk berdahak 3. Pasien mengatakan dahak yang keluar kecokelatan DO : 1. Pasien terlihat batuk 2. RR: 30x/mnt 3. SPO₂ : 98% 4. Terpasang nasal kanul 3 lpm 5. Terdengar suara nafas ronkhi	Sekresi yang tertahan	Bersihkan jalan nafas tidak efektif
02-12-2024 Jam 09.00 WIB	2.	DS : 1. P : pasien mengatakan nyeri ulu hati, nyeri bertambah saat duduk Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Pasien mengatakan nyeri di ulu hati menjalar ke perut S : Skala nyeri 4 T : Nyeri datang sewaktu-waktu 2. Pasien mengatakan mempunyai riwayat sakit gejala liver 3. Pasien mengatakan takut apabila duduk nyeri kambuh 4. Pasien mengatakan sesak nafas apabila nyeri datang 5. Pasien mengatakan mual DO : 1. Pasien terlihat meringis kesakitan 2. TD : 154/86 3. N : 95	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut
02-12-2024 Jam 09.00 WIB	3.	DS : 1. Pasien mengatakan tidak bisa tidur 2. Pasien mengatakan sering terjaga DO : 1. Mata pasien terlihat sayu 2. Konjungtiva anemis 3. Kantung mata terlihat hitam	Tidak familial dengan peralatan tidur	Gangguan pola tidur

C. Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 4.5 Rencana Asuhan Keperawatan

Tgl/jam	No	SLKI	SIKI																								
02-12-2024 Jam 09.20 WIB	1.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 8 jam diharapkan SLKI : Bersihan jalan napas Ekspektasi : meningkat Kriteria hasil : <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>Batuk efektif</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2.</td><td>Produksi sputum</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3.</td><td>Dyspnea</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>4.</td><td>Frekuensi napas</td><td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> Keterangan no 1 : 1 : menurun 2 : cukup menurun 3 : sedang 4 : cukup meningkat 5 : meningkat Keterangan no 2 dan 3 1 : meningkat 2 : cukup meningkat 3 : sedang 4 : cukup menurun 5 : menurun Keterangan no 4 : 1. : memburuk 2. : cukup memburuk 3. : Sedang 4. : Cukup membaik 5. : membaik	No	indikator	IR	ER	1.	Batuk efektif	3	5	2.	Produksi sputum	3	5	3.	Dyspnea	3	5	4.	Frekuensi napas	3	5	SIKI : manajemen jalan napas Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1. Posisikan semi-fowler atau fowler 2. Berikan minum hangat 3. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 4. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 1. Ajarkan Teknik batuk efektif Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian bronkodiator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.				
No	indikator	IR	ER																								
1.	Batuk efektif	3	5																								
2.	Produksi sputum	3	5																								
3.	Dyspnea	3	5																								
4.	Frekuensi napas	3	5																								
02-12-2024 Jam 09.20 WIB	2.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 8 jam diharapkan SLKI : tingkat nyeri Ekspektasi : meningkat Kriteria hasil : <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2.</td><td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3.</td><td>Sikap protektif</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>4.</td><td>Mual</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>5.</td><td>Tekanan darah</td><td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	No	indikator	IR	ER	1.	Keluhan nyeri	3	5	2.	Meringis	3	5	3.	Sikap protektif	3	5	4.	Mual	3	5	5.	Tekanan darah	3	5	SIKI : manajemen nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Idenfitikasi respon nyeri non verbal Terapeutik 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi
No	indikator	IR	ER																								
1.	Keluhan nyeri	3	5																								
2.	Meringis	3	5																								
3.	Sikap protektif	3	5																								
4.	Mual	3	5																								
5.	Tekanan darah	3	5																								

		<table border="1"> <tr> <td>6.</td><td>Frekuensi nadi</td><td>3</td><td>5</td></tr> </table> Keterangan no 1-4 : 1 : meningkat 2 : cukup meningkat 3 : sedang 4 : cukup menurun 5 : menurun Keterangan no 5 dan 6 : 1 : Memburuk 2 : cukup memburuk 3 : sedang 4 : cukup membaik 5 : membaik	6.	Frekuensi nadi	3	5	nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu								
6.	Frekuensi nadi	3	5												
02-12-2024 Jam 09.20 WIB	3.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 8 jam diharapkan SLKI : pola tidur Ekspektasi : meningkat Kriteria hasil : <table border="1"> <tr> <th>No</th><th>indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr> <tr> <td>1.</td><td>Keluhan sulit tidur</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2.</td><td>Keluhan sering terjaga</td><td>3</td><td>5</td></tr> </table> Keterangan 1 : meningkat 2 : cukup meningkat 3 : sedang 4 : cukup menurun 5 : menurun	No	indikator	IR	ER	1.	Keluhan sulit tidur	3	5	2.	Keluhan sering terjaga	3	5	SIKI : Dukungan tidur Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur Terapeutik 1. Modifikasi Lingkungan 2. Tetapkan jadwal tidur rutin Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
No	indikator	IR	ER												
1.	Keluhan sulit tidur	3	5												
2.	Keluhan sering terjaga	3	5												

D. Implementasi

Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan

Tgl/jam	Dx kep	Implementasi	Evaluasi (S-O)	Paraf
02-12-2024 Jam 09.30 WIB	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan	Memonitor pola nafas	S: pasien mengatakan sesak nafas O: - RR : 30x/mnt - SPO₂ : 98% - Pasien tampak terpasang nasal kanul O₂ 3 lpm	Liliana

02-12-2024 Jam 09.45 WIB	dengan sekresi yang tertahan	Memonitor bunyi nafas tambahan	S : Pasien mengatakan batuk berdahak O : - pasien tampak batuk - terdengar suara ronkhi	Liliana
02-12-2024 Jam 10.00 WIB		Memposisikan semi fowler/fowler	S : pasien mengatakan sesak sedikit berkurang O : pasien tampak mulai rileks	Liliana
02-12-2024 Jam 10.30 WIB		Memberikan minuman hangat	S : pasien mengatakan mau minum air hangat O : pasien tampak minum air hangat setengah gelas/100 ml	Liliana
02-12-2024 Jam 10.45 WIB		Mengajarkan batuk efektif	S : pasien mengatakan sedikit lega dahak bisa keluar O : - pasien tampak mampu mengikuti instruksi - pasien tampak mempraktikkan ulang - tampak dahak pasien berwarna kecokelatan	Liliana
02-12-2024 Jam 11.00 WIB	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S : - P : Pasien mengatakan nyeri ulu hati bertambah saat duduk Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Pasien mengatakan nyeri ulu hati menjalar ke perut S : Skala nyeri 4 T : Pasien mengatakan nyeri datang sewaktu-waktu - Pasien mengatakan mempunyai riwayat sakit gejala liver - Pasien mengatakan takut apabila duduk nyeri kambuh	Liliana

			- Pasien mengatakan sesak nafas apabila nyeri datang - Pasien mengatakan mual O : - Pasien tampak meringis kesakitan - TD : 150/80 mmHg - N : 95x/mnt	
02-12-2024 jam 11.30 WIB	Gangguan pola tidur berhubungan dengan tidak familiar dengan peralatan tidur	Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	S : pasien mengatakan tidak bisa tidur dan sering terjaga O : - Tampak mata pasien sayu dan terdapat kantung mata hitam - Konjungtiva anemis	Liliana
02-12-2024 jam 12.00 WIB	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan	Mengkolaborasi Pemberian bronkodilator , ekspektoran, mukolitik, jika perlu	S : pasien mengatakan sesak nafas berkurang O : pasien tampak diberikan nebulizer ventolin + farbivent	Liliana
02-12-2024 jam 12.30 WIB	Gangguan pola tidur berhubungan dengan tidak familiar dengan peralatan tidur	Memodifikasi lingkungan	S : pasien mengatakan nyaman dengan posisi setengah duduk dan lampu mati O : pasien tampak rileks	Liliana
02-12-2024 jam 13.00 WIB	Nyeri akut berhubungan dengan agen	Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri	S : pasien mengatakan lebih rileks dan mulai mengantuk O : pasien tampak memejamkan mata	Liliana

	penceder a	(imajinasi terbimbing)		
02-12- 2024 jam 13.30 WIB	fisiologis	memfasilitasi istirahat tidur	S : pasien mengatakan akan tidur O : pasien tampak mulai tidur	Liliana
03-12- 2024 jam 15.00 WIB	Nyeri akut berhubun gan dengan agen penceder a fisiologis	Mengidenti fikasi nyeri	S : P : pasien mengatakan nyeri di ulu hati berkurang Q : pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk berkurang R : pasien mengatakan nyeri hanya di ulu hati S : skala nyeri 2 T : pasien mengatakan nyeri datang sewaktu-waktu berkurang O : - Pasien tampak lebih rileks - TD : 115/63 mmHg - N : 73x/mnt	Liliana
03-12- 2024 jam 15.30 WIB	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubun	Memonitor pola nafas	S : pasien mengatakan sesak nafas berkurang O : - RR : 24x/mnt - O ₂ 2 lpm - SPO ₂ 97%	Liliana
03-12- 2024 jam 16.00 WIB	gan dengan sekresi yang tertahan	Memonitor bunyi nafas tambahan	S : pasien mengatakan batuk berdahak berkurang O : - pasien tampak batuk - terdengar suara ronkhi	Liliana
03-12- 2024 jam 16.15 WIB		Memberikan minum air hangat	S : pasien mengatakan mau minum air hangat O : pasien tampak menghabiskan 1 gelas air hangat sebanyak 250 ml	Liliana
03-12- 2024 jam		Mengajarkan teknik batuk efektif	S : pasien mengatakan lega dahak bisa keluar O :	Liliana

16.30 WIB			- pasien tampak mampu mengikuti instruksi - pasien tampak mempraktikkan ulang - tampak dahak pasien berwarna hijau	
03-12-2024 jam 17.00 WIB		Mengkolaborasi pemberian bronkodilator	S : pasien mengatakan dahak lebih encer dan mudah dikeluarkan O : pasien tampak diberikan terapi nebulizer ventolin + farbivent	Liliana
03-12-2024 jam 17.30 WIB	Gangguan pola tidur berhubungan dengan	Mengajarkan pentingnya tidur cukup selama sakit	S : pasien mengatakan paham O : pasien tampak mampu mengulang materi yang diajarkan	Liliana
03-12-2024 jam 18.00 WIB	tidak familiar dengan peralatan tidur	Menetapkan jadwal tidur rutin	S : pasien mengatakan akan tidur siang pada jam 13.00-15.00 WIB dan tidur malam pada jam 22.00-05.00 WIB O : pasien tampak mengatur ulang alarm di handphonenya	Liliana
03-12-2024 jam 18.30 WIB		Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur	S : pasien mengatakan akan mencoba mematuhi jadwal tidur O : pasien tampak mendengarkan instruksi	Liliana
03-12-2024 jam 19.00 WIB		Mengidentifikasi pola aktivitas tidur	S : pasien mengatakan mulai bisa tidur tetapi sering terbangun O : - mata pasien tampak sayu dan terdapat kantung mata hitam - konjungtiva anemis	Liliana
03-12-2024 jam 19.30 WIB	Nyeri akut berhubungan dengan agen penceder	Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (nafas dalam)	S : pasien mengatakan lebih rileks O : pasien tampak rileks	Liliana
03-12-2024 jam	a fisiologis	Memfasilitasi istirahat tidur	S : pasien mengatakan akan istirahat tidur jam 22.00 WIB	Liliana

20.00 WIB			O : pasien tampak mengingat jadwal tidur rutin	
04-12-2024 jam 21.30 WIB	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan	Memonitor pola nafas	S : pasien mengatakan sudah tidak sesak nafas O : - RR : 20x/mnt - SPO ₂ : 98% - Pasien tampak tidak terpasang O ₂	Liliana
04-12-2024 jam 21.45 WIB		Memonitor bunyi nafas tambahan	S : pasien mengatakan sudah tidak batuk berdahak O : suara ronkhi tidak terdengar	Liliana
04-12-2024 jam 22.00 WIB		Memberikan air hangat	S : pasien mengatakan mau minum air hangat O : pasien tampak meminum air hangat 1 gelas atau sebanyak 250 ml	Liliana
04-12-2024 jam 22.15 WIB		Mengajarkan batuk efektif	S : pasien mengatakan sudah tidak ada dahak O : tidak tampak ada dahak yang keluar saat melakukan batuk efektif	Liliana
04-12-2024 jam 22.30 WIB	Nyeri akut berhubungan dengan agen penceder a fisiologis	Mengidentifikasi nyeri	S : P : pasien mengatakan nyeri ulu hati sudah tidak ada Q : pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk – tusuk sudah tidak ada R : pasien mengatakan nyeri ulu hati sudah tidak ada S : skala nyeri 0 T : pasien mengatakan nyeri datang sewaktu-waktu sudah tidak ada O : - Pasien tampak tersenyum - TD : 120/89 mmHg - N : 79x/mnt	Liliana
04-12-2024 jam	Gangguan pola tidur	Memodifikasi lingkungan	S : pasien mengatakan nyaman dengan posisi tidur	Liliana

22.45 WIB	berhubun gan dengan tidak familiar dengan		setengah duduk, lampu mati dan korden tertutup O : pasien tampak tidur dengan setengah duduk, lampu mati dan korden tertutup	
04-12- 2024 jam 23.00 WIB	peralatan tidur	Menetapkan jadwal tidur rutin	S : pasien mengatakan sudah mengantuk dan akan tidur O : pasien tampak tidur	Liliana
05-12- 2024 jam 04.30 WIB		Mengidenti fikasi pola aktivitas dan tidur	S : - (pasien tertidur) O : pasien tampak tidur tanpa terbangun	Liliana
05-12- 2024 jam 05.00 WIB	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubun gan dengan sekresi yang tertahan	Memonitor sputum	S : pasien mengatakan sudah tidak batuk berdahak O : pasien tampak tidak batuk berdahak	Liliana
05-12- 2024 jam 06.00 WIB	Gangguan n pola tidur berhubun gan dengan tidak familiar dengan peralatan tidur	Mengidenti fikasi pola istirahat dan tidur	S : pasien mengatakan tidurnya nyenyak O : - Konjungtiva an anemis - Mata pasien tampak tidak sayu dan kantung mata tidak hitam	Liliana

E. Evaluasi

Tabel 4.7 Evaluasi Keperawatan

Tgl/jam	Dx kep	Catatan perkembangan (SOAP)	Paraf
02-12- 2024 jam 14.00 WIB	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubun gan	S : - pasien mengatakan sesak nafas - pasien mengatakan batuk berdahak O : - pasien tampak batuk - RR : 30x/mnt - SPO ₂ 98%	Liliana

	dengan sekresi yang tertahan	- Terpasang nasal kanul 3 lpm - Suara nafas ronkhi A : Masalah belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Batuk efektif</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Produksi sputum</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Dyspnea</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Frekuensi napas</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> P : Lanjutkan Intervensi	indikator	IR	ER	Akhir	Batuk efektif	3	5	3	Produksi sputum	3	5	3	Dyspnea	3	5	3	Frekuensi napas	3	5	3									
indikator	IR	ER	Akhir																												
Batuk efektif	3	5	3																												
Produksi sputum	3	5	3																												
Dyspnea	3	5	3																												
Frekuensi napas	3	5	3																												
02-12-2024 jam 14.00 WIB	Nyeri akut berhuungan dengan agen pencedera fisiologis	S : - - P : Pasien mengatakan nyeri ulu hati bertambah saat duduk - Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - R : Pasien mengatakan nyeri ulu hati menjalar ke perut - S : Skala nyeri 4 - T : Pasien mengatakan nyeri datang sewaktu-waktu - Pasien mengatakan mempunyai riwayat sakit gejala liver - Pasien mengatakan takut apabila duduk nyeri kambuh - Pasien mengatakan sesak nafas apabila nyeri datang - Pasien mengatakan mual O : - Pasien tampak meringis kesakitan - TD : 150/80 mmHg - N : 95x/mnt A : Masalah belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Sikap protektif</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Mual</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Tekanan darah</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Frekuensi nadi</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> P : Lanjutkan intervensi	indikator	IR	ER	Akhir	Keluhan nyeri	3	5	3	Meringis	3	5	3	Sikap protektif	3	5	3	Mual	3	5	4	Tekanan darah	3	5	4	Frekuensi nadi	3	5	4	Liliana
indikator	IR	ER	Akhir																												
Keluhan nyeri	3	5	3																												
Meringis	3	5	3																												
Sikap protektif	3	5	3																												
Mual	3	5	4																												
Tekanan darah	3	5	4																												
Frekuensi nadi	3	5	4																												
02-12-2024 jam 14.00 WIB	Gangguan pola tidur berhubungan dengan tidak familiar	S : pasien mengatakan tidak bisa tidur dan sering terjaga O : - Tampak mata pasien sayu dan terdapat kantung mata hitam - Konjungtiva anemis A : Masalah belum teratasi	Liliana																												

	dengan peralatan tidur	<table> <tr> <th>indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Keluhan sering terjaga</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> </table> P : Lanjutkan intervensi	indikator	IR	ER	Akhir	Keluhan sulit tidur	3	5	3	Keluhan sering terjaga	3	5	3																	
indikator	IR	ER	Akhir																												
Keluhan sulit tidur	3	5	3																												
Keluhan sering terjaga	3	5	3																												
03-12-2024 jam 21.00 WIB	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan	S : - pasien mengatakan sesak nafas berkurang - pasien mengatakan batuk berdahak berkurang O : - pasien tampak batuk - RR : 24x/mnt - SPO₂ 97% - Terpasang nasal kanul 2 lpm - Suara nafas ronchi A : Masalah belum teratasi <table> <tr> <th>indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> <tr> <td>Batuk efektif</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Produksi sputum</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Dyspnea</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Frekuensi napas</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> </table> P : Lanjutkan Intervensi	indikator	IR	ER	Akhir	Batuk efektif	3	5	4	Produksi sputum	3	5	4	Dyspnea	3	5	4	Frekuensi napas	3	5	4	Liliana								
indikator	IR	ER	Akhir																												
Batuk efektif	3	5	4																												
Produksi sputum	3	5	4																												
Dyspnea	3	5	4																												
Frekuensi napas	3	5	4																												
03-12-2024 jam 21.00 WIB	Nyeri akut berhuungan dengan agen pencedera fisiologis	S : - P : Pasien mengatakan nyeri ulu hati berkurang - Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk berkurang - R : Pasien mengatakan nyeri hanya di ulu hati - S : Skala nyeri 2 - T : Pasien mengatakan nyeri datang sewaktu-waktu O : - Pasien tampak lebih rileks - TD : 115/63 mmHg - N : 73x/mnt A : Masalah belum teratasi <table> <tr> <th>Indicator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> <tr> <td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Sikap protektif</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Mual</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Tekanan darah</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Frekuensi nadi</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr> </table>	Indicator	IR	ER	Akhir	Keluhan nyeri	3	5	4	Meringis	3	5	4	Sikap protektif	3	5	4	Mual	3	5	5	Tekanan darah	3	5	5	Frekuensi nadi	3	5	5	Liliana
Indicator	IR	ER	Akhir																												
Keluhan nyeri	3	5	4																												
Meringis	3	5	4																												
Sikap protektif	3	5	4																												
Mual	3	5	5																												
Tekanan darah	3	5	5																												
Frekuensi nadi	3	5	5																												

		P : Lanjutkan intervensi																					
03-12-2024 jam 21.00 WIB	Gangguan pola tidur berhubungan dengan tidak familiar dengan peralatan tidur	S : pasien mengatakan mulai bisa tidur tetapi sering terbangun O : - Tampak mata pasien sayu dan terdapat kantung mata hitam - Konjungtiva anemis A : Masalah belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Keluhan sering terjaga</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>	indikator	IR	ER	Akhir	Keluhan sulit tidur	3	5	4	Keluhan sering terjaga	3	5	4	Liliana								
indikator	IR	ER	Akhir																				
Keluhan sulit tidur	3	5	4																				
Keluhan sering terjaga	3	5	4																				
05-12-2024 jam 07.00 WIB	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan	P : Lanjutkan Intervensi S : - pasien mengatakan sudah tidak sesak nafas - pasien mengatakan sudah tidak batuk berdahak O : - RR : 20x/mnt - SPO₂ 98% - Tidak terpasang nasal kanul - Suara nafas vesikular A : Masalah teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Batuk efektif</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Produksi sputum</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Dyspnea</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Frekuensi napas</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	indikator	IR	ER	Akhir	Batuk efektif	3	5	5	Produksi sputum	3	5	5	Dyspnea	3	5	5	Frekuensi napas	3	5	5	Liliana
indikator	IR	ER	Akhir																				
Batuk efektif	3	5	5																				
Produksi sputum	3	5	5																				
Dyspnea	3	5	5																				
Frekuensi napas	3	5	5																				
05-12-2024 jam 07.00 WIB	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	P : Intervensi Selesai S : - P : Pasien mengatakan nyeri ulu hati tidak ada Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk tidak ada R : Pasien mengatakan nyeri hanya di ulu hati tidak ada S : Skala nyeri 0 T : Pasien mengatakan nyeri tidak datang O : - Pasien tampak tersenyum - TD : 120/89 mmHg - N : 79x/mnt A : Masalah teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Indikator	IR	ER	Akhir					Liliana												
Indikator	IR	ER	Akhir																				

		<table> <tr> <td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Sikap protektif</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr> </table>	Keluhan nyeri	3	5	5	Meringis	3	5	5	Sikap protektif	3	5	5	
Keluhan nyeri	3	5	5												
Meringis	3	5	5												
Sikap protektif	3	5	5												
		P : Intervensi Selesai													
05-12-2024 jam 07.00 WIB	Gangguan pola tidur berhubungan dengan tidak familiar dengan peralatan tidur	S : pasien mengatakan tidur nyenyak dan tidak terbangun O : - Tampak mata pasien tidak sayu dan kantung mata tidak hitam - Konjungtiva ananemis A : Masalah teratasi <table> <tr> <th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th><th>Akhir</th></tr> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>Keluhan sering terjaga</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr> </table> P : Intervensi selesai	Indikator	IR	ER	Akhir	Keluhan sulit tidur	3	5	5	Keluhan sering terjaga	3	5	5	Liliana
Indikator	IR	ER	Akhir												
Keluhan sulit tidur	3	5	5												
Keluhan sering terjaga	3	5	5												

Lampiran 2 Standar Operasional Prosedur (SOP) Batuk Efektif

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR BATUK EFEKTIF

Definisi	Latihan batuk efektif adalah suatu intervensi untuk membantu pasien untuk dapat batuk secara efektif yang berguna membersihkan sekret atau sputum di jalan napas yang bermanfaat membersihkan jalan napas, mencegah terjadinya komplikasi berupa infeksi saluran pernapasan, mengurangi kelelahan saat batuk (Nurmayanti et al., 2019)
Tujuan	1. Membebaskan jalan nafas dari akumulasi sekret. 2. Mengeluarkan sputum untuk pemeriksaan diagnostic laboratorium. 3. Mengurangi sesak nafas akibat akumulasi sekret.
Indikasi	1. COPD / PPOK (Chronic Obstructive Pulmonary Disease /Penyakit Paru 2. Obstruktif Kronik). 2. Emfisema. 3. Fibrosis. 4. Asma . 5. Chest infection. 6. Pasien bedrest atau post operasi
Kontraindikasi	1. Pneumotoraks. 2. Hemoptisis. 3. Gangguan sistem kardiovaskuler. 4. Edema paru. 5. Efusi pleura.
Prosedur Tindakanm	1. Persiapan Alat: 2. Tissue. 3. Bengkok. 4. Perlak/pengalas. 5. Sputum pot berisi desinfektan 6. Masker. 7. Handscoon 8. Air hangat.
	Tahap Pra Interaksi : 1. Identifikasi Pasien. 2. Menyiapkan peralatan. 3. Mencuci tangan.
	Tahap Orientasi : 1. Memperkenalkan diri. 2. Menjelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan. 3. Mendapatkan persetujuan pasien. 4. Mengatur lingkungan sekitar pasien.

	Tahap Kerja, yaitu : 1. Menganjurkan pasien minum air hangat terlebih dahulu 30 menit sebelum tindakan. 2. Mengatur pasien duduk di kursi atau tempat tidur dengan posisi tegak atau semi fowler. 3. Memasang pernak/pengalas dan bengkak di pangkuan pasien. 4. Meminta pasien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen. 5. Melatih pasien menarik nafas dalam menahanannya selama 3 detik, kemudian menghembuskan nafas secara perlahan. 6. Meminta pasien untuk mengulangi kegiatan diatas sebanyak 3 kali. 7. Meminta pasien melakukan batuk dengan kuat langsung setelah tarikan nafas ke 3. 8. Keluarkan sputum dan buang pada tempat yang tersedia 9. Menutup pot penampung sputum 10. Bersihkan mulut dengan tissue.
	Tahap Terminasi: 1. Membersihkan dan menyimpan kembali peralatan pada tempatnya. 2. Mencuci tangan. 3. Melakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan.

Lampiran 3 Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa :
 NIM :
 Judul KIAN :

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
1.	02 Desember 2021	Konsul Jurnal	
2.	01 Juli 2022	konsul BAB 1-5 - Tambahkan rasional di pembahasan. - die cukup sesuai judul & die - rapikan tulisan - konsul lengkap.	
3.	02 Juli 2022	konsul lengkap Acc sidang KIAN.	

Pembimbing,



(_____)