

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa : NIMATURROHMAT
Tempat Praktik : RSU MAFFA MAMENANG
Tanggal : 19 Februari 2025

I. Identitas

A. Identitas Klien :

1. Nama : Agus S LP
2. Tempat/tanggal lahir : Cilacap, 17 Mei 1970 (54th)
3. Golongan darah : A/O/B/AB
4. Pendidikan terakhir : SD/SMP/SMA/DI/DII/DIII/DIV/S1/S2/S3
5. Agama : Islam Protestan/Katolik/Hindu/Budha/Konghucu
6. Suku : Jawa
7. Status perkawinan : kawin belum/janda/duda (cerai : hidup/mati)
8. Pekerjaan : Ibu rumah tangga
9. Alamat : Jenang 2/2 Majenang
10. Diagnosa medik : PPok Esoesofagus Akut

B. Identitas Penanggung Jawab :

1. Nama : M.S
2. Umur : 57th
3. Jenis kelamin : Laki-laki
4. Agama : Islam
5. Suku : Jawa
6. Hubungan dengan klien : Suami
7. Pendidikan terakhir : SD
8. Alamat : Jenang 2/2 Majenang

II. Status Kesehatan

A. Status kesehatan saat ini

1. Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama : Pasien mengatakan mengalami sesak nafas 2 hari sebelum masuk rumah sakit. Sesak bertambah setelah beraktivitas. Pasien mengatakan mudah lelah, lemah dan lemas setelah melakukan aktivitas. Pasien mengeluh sering terbangun di malam hari karena sesak nafas.
2. Faktor pencetus : Pasien mengatakan sesak bertambah saat setelah beraktivitas dan pada malam hari.
3. Lamanya keluhan : keluhan sudah dirasakan sekitar 6 bulan dan memburuk 1 minggu ini.
4. Timbulnya keluhan : (✓) bertahap () mendadak
5. Faktor yang memperberat : Sesak bertambah setelah beraktivitas seperti berjalan, mengangkat barang, naik turun tangga.

B. Status kesehatan masa lalu :

1. Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang) :

- Pasien mengatakan pernah dirawat dengan keluhan serak napas 6 bulan yang lalu
2. Kecelakaan : Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan

C. Pernah dirawat :

1. Penyakit : Pasien pernah dirawat dengan keluhan serak napas 6 bulan yg lalu.
2. Waktu : 6 bulan yang lalu
3. Riwayat operasi : pasien mengatakan tidak pernah melakukan operasi.

III. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik

A. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1. Persepsi tentang kesehatan diri : Pasien mengatakan kesehatan itu penting dan dia selalu memperhatikan kesehatan diri dengan aktif.
2. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya : Pasien mengatakan jika sakit segera berobat ke puskesmas / rumah sakit. Pasien sudah tahu tentang penyakitnya dan selalu memperhatikan penyakitnya.
3. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
 - a. Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat? : Pasien mengatakan saat ini mencoba makan makanan yang sehat seperti sayuran hijau dan buah-buahan.
 - b. Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi : Pasien mengatakan setiap bulan rutin mengikuti kegiatan pemeriksaan kesehatan dan selalu melakukan perawatan kebersihan diri seperti mencuci tangan dengan sabun.
 - c. Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
 - a). Yang dilakukan bila sakit jika sakit pasien berobat ke puskesmas dan jika berat ambuh ke dokter dan rumah sakit. dia selalu rutin minum obat dr. Waring.
 - b). Kemana pasien biasa berobat bila sakit jika sakit pasien berobat ke puskesmas dan jika tidak kunjung sembuh berobat ke rumah sakit.
 - c). Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/rokok/alkohol/kopi/kebiasaan olah raga)

Merokok : pak/hari, lama : tahun

Alkohol : , lama : Tahun

Kebiasaan olah raga, jenis : Jalan-jalan pagi, frekuensi : 2 x seminggu

No	Obat/jamu yang biasa dikonsumsi	Dosis	Keterangan
	-	-	-

d. Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

- 1). Penghasilan : Pasien menyatakan Rp 1.000.000, penghasilan suami menengah ke bawah
- 2). Asuransi/jaminan kesehatan : Pasien menggunakan BPJS
- 3). Keadaan lingkungan tempat tinggal : Pasien tinggal di daerah pedesaan di belakang rumah sakit rafia Wafaraya. Lingkungannya tidak dengan fasilitas kesehatan

2. Nutrisi, cairan dan metabolik

a. Gejala (subyektif)

- 1). Diet biasa (tipe) : Diet Biasa jumlah makan/hari : 8x sehari
- 2). Pola diit : teratur makan terakhir : Pukul 20.00 WIB
- 3). Nafsu/selera makan : Baik Mual : Ya/Tidak, waktu : -
- 4). Muntah : (✓) tidak ada () ada, jumlah :
Karakteristik :
- 5). Nyeri ulu hati : (✓) tidak ada () ada,
Karakter/penyebab : -
- 6). Alergi makanan : (✓) tidak ada () ada Pasien tidak merasa nyeri atau gatal karena makanan
- 7). Masalah mengunyah/menelan : (✓) tidak ada
() ada, jelaskan
- 8). Keluhan demam : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 9). Pola minum/cairan : jumlah minum 8 gelas sehari (1 gelas belimbing 200 cc)
Cairan yang biasa diminum Air putih dan kadang air teh
- 10). Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : () tidak ada (✓) ada,
Jelaskan Pasien mengalami penurunan BB 1 kg dari sebelumnya

b. Tanda (obyektif)

- 1). Suhu tubuh 36.8 °C
Diaphoresis : () tidak ada (✓) ada,
Jelaskan dira'at sedikit kering, membatasi keringat karena demam
- 2). Berat badan : 58 kg Tinggi badan 160 cm
Turgor kulit : Baik elastis Tonus otot : Kuat 5/5
- 3). Edema : (✓) tidak ada () ada, lokasi dan karakteristik
- 4). Ascites : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 5). Integritas kulit perut Perut lunak ceklat Lingkar abdomen 73 cm
- 6). Distensi vena jugularis : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 7). Hernia/masa : (✓) tidak ada () ada, lokasi dan karakteristik
- 8). Bau mulut/halitosis : (✓) tidak ada () ada
- 9). Kondisi mulut/gigi/gusi/mukosa mulut dan lidah : Mulut tampak bersih, gigi merah putih dan tampak bersih, gusi berwarna merah muda. Mukosa bibir lembab dan lidah tampak bersih.

3. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan

a. Gejala subyektif :

- 1). Dispneu : () tidak ada (✓) ada, jelaskan Saat aktivitas membatasi dan sering terdapat pd malam hari
- 2). Yang meningkatkan/mengurangi sesak Mengatur nafas dan istirahat
- 3). Pemajanan terhadap udara berbahaya Pasien berada di dekat jalan raya kemungkinan terpapar polusi
- 4). Penggunaan alat bantu : () tidak ada (✓) ada,
Saat istirahat dengan nasal kanul & 1 l/min

b. Tanda obyektif:

- 1). Pernafasan : frekuensi $24 \times$ menit. Kedalaman $\pm 2-3$ cm
Simetris. Pergerakan dada simetris. Tak ada bunyi.
- 2). Penggunaan alat bantu nafas : Pasien menggunakan O₂ Nasal kanul 2 lpm
Nafas cuping hidung mengkontraksi nofer cuping hidung. Saat masuk nafas.
- 3). Batuk : ~~tidak ada~~ Sputum (karakteristik) : ~~tidak ada~~
- 4). Fremitus : ~~fremitus sama~~ Bumyi nafas wheezing (mengi)
- 5). Egofoni : ~~tidak ada~~ Sianosis : ~~tidak ada~~

4. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)

a. Gejala subyektif:

- 1). Kegiatan dalam pekerjaan : Mudah lelah setelah aktivitas
- 2). Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas
 - a). Pergerakan tubuh : Sedikit terhambat karena sesak nafas
 - b). Kemampuan merubah posisi : () mandiri (✓) perlu bantuan, jelaskan jika dan posisi duduk & berjalan butuh bantuan
 - c). Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan, dll) : () mandiri (✓) perlu bantuan, jelaskan perawatan diri dibantu oleh suami
- 3). Toileting (BAB/BAK) : () mandiri (✓) perlu bantuan, jelaskan. Pasien diantar ke kamar mandi oleh suami karena kadang masih lemas saat ke kamar
- 4). Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : () tidak ada (✓) ada, jelaskan. Pasien mengaku sesak nafas setelah berjalan jauh dan aktivitas lainnya
- 5). Mudah merasa kelelahan : () tidak ada (✓) ada, jelaskan. Setelah aktivitas ringan merasa kelelahan
- 6). Toleransi terhadap aktivitas : () baik (✓) kurang, jelaskan. Pasien mudah lelah setelah aktivitas

b. Tanda obyektif:

- 1). Respon terhadap aktivitas yang teramati : Mudah lelah setelah aktivitas
- 2). Status mental (misalnya menarik diri, letargi) : Baik
- 3). Penampilan umum :
 - a). Tampak lemah : () tidak (✓) ya, jelaskan. Tampak lemah saat sesak nafas
 - b). Kerapian berpakaian : Pakaian rapi dan warna sesuai / sesuai
- 4). Pengkajian neuromuskuler :
 - Masa/tonus : Baik
 - Kekuatan otot : Cukup kuat
 - Rentang gerak : Baik
 - Deformitas : Tidak ada
- 5). Bau badan : Sedikit bau ketiak. Bau mulut : Tidak ada
Kondisi kulit kepala : Bersih, warna rambut hitam tidak beruban
Kebersihan kuku : Kuku terpotong rapi dan bersih

5. Istirahat

a. Gejala subyektif:

- 1). Kebiasaan tidur : Pasien tidur pukul 22.00 dan bangun pukul 05.00 WIB. Pasien terganggu tidur siang ± 1 jam
Lama tidur : ± 8 jam. Saat bangun sakit, saat sakit ± 6 jam karena sering terbangun
- 2). Masalah berhubungan dengan tidur

PSPPN UNAIC

Pasien mengatakan sudah ± 6 bulan mengalami kesulitan tidur karena ada malarasi sesak nafas. Pasien saat ini tidur ± 6 jam karena sering terbangun di malam hari karena sesak nafas. Pasien juga merasa tidak nyaman dengan ruysan rumel fatis karena sering terbangun. Pasien biasanya tidur dengan lampu yang dimatikan.

- a). Insomnia : ~~(X)~~ tidak ada (✓) ada
 b). Kurang puas/segar setelah bangun tidur : ~~(X)~~ tidak ada (✓) ada,
 Jelaskan ... Pasien merasa masih mengantuk saat pagi hari.
 c). Lain-lain, sebutkan ... kedinginan malam, mudah lelah
- b. Tanda obyektif :
- 1). Tampak mengantuk/mata sayu : ~~(X)~~ tidak ada (✓) ada, jelaskan...
 Pasien tampak mengantuk dan mata sayu saat antri pemeriksaan & pagi hari.
 - 2). Mata merah : ~~(X)~~ tidak ada (✓) ada
 - 3). Sering menguap : ~~(X)~~ tidak ada (✓) ada
 - 4). Kurang konsentrasi : ~~(X)~~ tidak ada (✓) ada

6. Sirkulasi

- a. Gejala subyektif :
- 1). Riwayat hipertensi dan masalah jantung : (✓) tidak ada () ada,
 Jelaskan ... Pasien tidak memiliki riwayat HT dan jantung
 - 2). Riwayat edema kaki : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
 - 3). Flebitis ... Tidak ada () Penyembuhan lambat
 - 4). Rasa kesemutan ...
 - 5). Palpitasi ... denyut jantung cepat saat istirahat
- b. Tanda obyektif :
- 1). Tekanan darah (119/76) mmHg
 - 2). Mean Arteri Pressure (MAP) : $\frac{2 \times 119}{3} + \frac{119}{3} = 90.3$ Normal
 - 3). Nadi :
 - a). Karotis : Teraba kuat
 - b). Femoralis : Teraba kuat
 - c). Popliteal : Teraba
 - d). Jugularis : Teraba kuat
 - e). Radialis : Teraba kuat
 - f). Dorsal pedis : Teraba
 - g). Bunyi jantung : cup dup Frekuensi : 90x/menit
 Irama : teratur Kualitas : Baik
 - h). Murmur : tidak terdengar Gallop : tidak terdengar
 - i). Pengisian kapiler : < 2 detik
 Varises : tidak ada Phlebitis : tidak ada
 - j). Warna membrane mukosa : merah keabuan Bibir : lembab warna merah keabuan
 Konjungtiva : Anemik Sklera : ikterik
 Punggung kuku : punggung kuku halus, kuku tumbuh dg baik

7. Eliminasi

- a. Gejala subyektif :
- 1). Pola BAB : frekuensi : 1x sehari konsistensi : lunak padat
 - 2). Perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat tertentu, misal : terpasang kolostomi/ileostomy) : Pasien masih dapat BAB normal
 - 3). Kesulitan BAB : konstipasi tidak ada
 Diare : tidak ada

- 4). Penggunaan laksatif : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
- 5). Waktu BAB terakhir : Pukul 05.00 WIB
- 6). Riwayat perdarahan : Tidak ada
- Hemorrhoid : Tidak ada
- 7). Riwayat inkontinensia alvi : Tidak ada
- 8). Riwayat penggunaan alat-alat (misalnya kateter) : Tidak ada
- 9). Riwayat penggunaan diuretik :
- 10). Rasa nyeri/terbakar saat BAK : Pasien melaporkan tidak ada nyeri saat BAK
- 11). Kesulitan BAK : Pasien mengatakan BAK lancar dan tidak ada nyeri
- b. Tanda obyektif :
- 1). Abdomen :
- a). Inspeksi : abdomen membuncit ada (tidak) jelaskan Bentuk Abdomen simetris
Tidak ada Aritia
- b). Auskultasi : bising usus 9x/menit ... Bunyi abnormal : ☒ tidak ada
() ada, jelaskan
- c). Perkusi
- Bunyi timpani () tidak ada ☒ ada
- Kembung ☒ tidak ada () ada
- Bunyi abnormal ☒ tidak ada () ada
- Jelaskan Perkusi bunyi timpani
- d). Palpasi :
- Nyeri tekan : Tidak ada
- Nyeri lepas : Tidak ada
- Konsistensi : Lunak/keras : Lunak
- Massa : ☒ tidak ada () ada, jelaskan Tidak terdapat massa
- Pola BAB : konsistensi Lunak/keras ... warna Kuning ... bau ...
- Abnormal : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
- Pola BAK : dorongan (ingin BAK Normal) Frekuensi 4-8 x sehari
- Retensi : Pasien dapat menahan BAK
- Distensi kandung kemih : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
- e). Karakteristik urin : Warna kuning bening ... bau ...
- Jumlah 100 cc ... Bau ...
- f). Bila terpasang kolostomi/ileostomi : keadaan ...

8. Neurosensori dan kognitif

a. Gejala subyektif :



1). Adanya nyeri

P = paliatif/provokatif (yang mengurangi/meningkatkan nyeri).....

Q = kualitas/kuantitas (frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan, deskripsi sifat nyeri yang dirasakan).....

R = region/tempat (lokasi sumber dan penyebarannya)

S = severity/tingkat berat nyeri (skala 1 - 10)

T = time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya)

2). Rasa ingin pingsan/pusing : () tidak ada (✓) ada, jelaskan

Patient merasa mual, pusing, lelah, bangun tidur

3). Sakit kepala : lokasi nyeri

Frekuensi :

4). Kesemutan/kebas/kelemahan : lokasi

5). Kejang : (✓) tidak ada () ada

Jelaskan

Cara mengatasi :

6). Mata : penurunan penglihatan () tidak ada (✓) ada,

Jelaskan ... Pasien mengalami kebutaan karena (-) tidak ada mata

7). Pendengaran : penurunan pendengaran (✓) tidak ada () ada,

Jelaskan

8). Epistaksis : (✓) tidak ada () ada

Jelaskan

b. Tanda obyektif :

1). Status mental :

Kesadaran : (✓) komposmentis () apatis () somnolen () sopor () koma

2). Skala coma Glasgow (GCS) : respon membuka mata (E) 4. Membuka mata spontan

Respon motorik (M) 6. Mengikuti perintah respon verbal (V) 5. Berbicara spontan

3). Terorientasi/disorientasi : waktu Pasien mengetahui waktu saat ini adalah pagi.

Tempat Pasien berada di Rr Orang Pasien dikenali, teman

4). Persepsi sensori : ilusi tidak ada halusinasi tidak ada

Delusi tidak ada Afek tidak ada Jelaskan

5). Memori :

Saat ini ... Pasien berada di Rr Raffa Pasien mengalami sesak nafas sehingga

saat ini mengalami kebingungan ke Raffa kognitif

- Masa lalu *Pasien dulu pernah dirawat di RS G. K. 29 lalu karena jarak refer*
- 6). Alat bantu penglihatan/pendeng : () tidak ada (☒) ada, sebutkan... *Facametz*
 - 7). Reaksi pupil terhadap cahaya : ka/ki *+ / +*
Ukuran pupil *2-3 cm*
 - 8). Fascial drop *tidak ada* Postur *tegap*
Reflek *Baik*
 - 9). Penampilan umum tampak kesakitan : (☒) tidak ada () ada
Respon emosional *—* penyempitan fokus *—*

9. Keamanan

a. Gejala subyektif :

- 1). Alergi (catatan agen dan reaksi spesifik) :
Obat-obatan : *Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat*
Makanan : *Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi makanan*
- 2). Riwayat penyakit hubungan seksua : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
- 3). Riwayat tranfusi darah *Pasien tidak pernah tranfusi darah*
Riwayat adanya reaksi tranfusi *—*
- 4). Riwayat cedera : (☒) tidak ada () ada, sebutkan
- 5). Riwayat kejang : (☒) tidak ada () ada, sebutkan

b. Tanda Obyektif :

- 1). Suhu tubuh *36,7* °C Diaforesis *terbaca saat suhu asfer*
- 2). Integritas jaringan *Baik, tidak ada lesi*
- 3). Jaringan parut : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
- 4). Kemerahan/pucat : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
- 5). Adanya luka : luas *—* kedalaman *—*
Drainase purulen *—*
Peningkatan nyeri pada luka *—*
- 6). Ekimosis/tanda perdarahan lain *—*
- 7). Faktor resiko terpasang alat invasive : () tidak ada (☒) ada, jelaskan ...
Pasien terpasang infus
- 8). Gangguan keseimbangan : () tidak ada (☒) ada, jelaskan
- Pasien terdapat krig saat berdiri perlahan*
- 9). Kekuatan umum *Baik* tonus otot *Kuat*
Parese/paralisa *—*

10. Seksual dan reproduksi

a. Gejala subyektif :

- 1). Pemahaman terhadap fungsi seksual... *Pasien mengerti karena perempuan memiliki 1 organ untuk*
- 2). Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi atau kondisi sakit)
Pasien sudah t. 6 bulan jarang melakukan hubungan seksual karena sakit

- 3). Permasalahan selama aktivitas seksual : ☒ tidak ada ☒ ada, jelaskan
Sejak 5 thn terakhir sudah jarang melakukan aktivitas seksual karena umur
- 4). Pengkajian pada laki-laki : raba pada penis
Gangguan prostat
- 5). Pengkajian pada perempuan
 - a). Gangguan menstruasi (keturunan/keluhan)
Pasien saat ini sudah menopause sejak umur 53 th
 - b). Riwayat kehamilan
Pasien memiliki 1 orang anak dan melahirkan sebanyak 1x
 - c). Riwayat pemeriksaan ginekologi (pap smear)
Pasien belum pernah melakukan pap smear.

b. Tanda obyektif :

- 1). Pemeriksaan payudara/penis/testis
Payudara simetris kanan kiri dan tidak ada benjolan
- 2). Kutil genital, lesi
Tidak ada lesi, tidak ada kutil genital. Genitalia tampak bersih

11. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme koping

a. Gejala subyektif :

- 1). Faktor stress Pasien merasa stress karena sakitnya namun karena selalu bersyukur dan melukanya pasrah kepada yang mencipta
- 2). Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu).....
ditentukan oleh suami.
- 3). Yang dilakukan jika menghadapi suatu masalah (misalnya memecahkan masalah, mencari pertolongan/berbicara dengan orang lain, makan, tidur, minum obat-obatan, marah, diam, dll)
Meminta bantuan suami.
- 4). Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang
meneksa diri beribadah dan berdoa supaya cepat sembuh
- 5). Perasaan cemas/takut : () tidak ada ☒ ada, jelaskan
Tidak ada takut sakitnya telah sembuh tapi selalu takut dan khawatir
- 6). Perasaan ketidakberdayaan : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
Selalu optimis berdoa supaya diberikan
- 7). Perasaan keputusasaan : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
Selalu selalu optimis beribadah dan berdoa
- 8). Konsep diri :

- a). Citra diri : Pasien adalah seorang istri dan ibu rumah tangga yang bertugas mengurus rumah keperluan rumah tangga.
- b). Ideal diri : Pasien sebenarnya menjadi ibu rumah tangga yang mengurus rumah tangga namun karena sakit perannya sedikit berkurang.
- c). Harga diri : Pasien merasa minder dengan sakitnya namun suami selalu menyangkal sehingga pasien tidak merasa minder.
- d). Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas : Pasien masih bertetap sebagai istri

- e). Konflik dalam peran : Pasien merasa tidak dapat menjalankan tugas sebagai ibu rumah tangga dan istri dikarenakan sedang sakit perannya sedikit berkurang oleh suami.

b. Tanda obyektif :

- 1). Status emosional : (☒) tenang, () gelisah, () marah, () takut, () mudah tersinggung .. *Paran dampak tinany*
- 2). Respon fisiologi yang terobservasi : perubahan tanda vital : ekspresi wajah *dampak tinany dan tubang tasyen*

12. Interaksi sosial

a. Gejala subyektif :

- 1). Orang terdekat & lebih berpengaruh .. *suami*
- 2). Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah .. *suami dan keluarga*
- 3). Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua, saudara, pasangan) : (☒) tidak ada () ada, sebutkan .. *Hubungan dengan bangs baik*
- 4). Kesulitan berhubungan dengan tenaga kesehatan, klien lain : (☒) tidak ada () ada, sebutkan

b. Tanda obyektif :

- 1). Kemampuan berbicara : (☒) jelas () tidak jelas
Tidak dapat dimengerti Afasia
- 2). Pola bicara tidak biasa/kerusakan .. *pola bicara baik dan suara topik*
- 3). Penggunaan alat bantu bicara .. *tidak ada*
- 4). Adanya trakeostomi .. *tidak ada*
- 5). Komunikasi verbal/non verbal dengan keluarga/orang lain .. *komunikasi verbal baik dg keluarga dan orang lain*
- 6). Perilaku menarik diri : (☒) tidak ada () ada,
Sebutkan .. *Paran dapat berinteraksi dengan orang dan lingkungan sekitar*

13. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

a. Gejala subyektif :

- 1). Sumber kekuatan bagi klien : .. *suami dan Allah*
- 2). Perasaan menyalahkan Tuhan : (☒) tidak ada () ada,
Jelaskan .. *Paran dan berakhlak bedas untuk terkemudian*
- 3). Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya : macam : *sholat suatir meskipun sedang dirawat* .. frekuensi .. *5 x sehari*
- 4). Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat .. *Paran teras sholat suatir dan mengasah cungkup*
- 5). Pemecahan oleh klien .. *Paran sholat dengan duduk di tempat tidur*
- 6). Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut klien yang bertentangan dengan kesehatan : (☒) tidak ada () ada, jelaskan .. *Paran mengikuti saran dokter dan perawat*
- 7). Pertentangan nilai/kebudayaan/keyakinan terhadap pengobatan yang dijalani : (☒) tidak ada () ada, jelaskan .. *Paran melakukan pengobatan mafa supaya cepat sembuh ke rumah sakit*

b. Tanda obyektif :

- 1). Perubahan perilaku *tidak ada*
- 2). Menolak pengobatan : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
Pasien menolak semua saran dokter dan perawat dan rubin minum obat
- 3). Berhenti menjalankan aktivitas agama : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
Pasien menunda di rumah sakit tetapi sholat dan puasa memelihara ibadah dan
- 4). Menunjukkan sikap permusuhan dengan tenaga kesehatan : ☒ tidak ada
() ada, jelaskan *Pasien kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan.*

Data Penunjang

1. Laboratorium
Leukosit : $11,3 \times 10^3/\mu l$ Hb : ~~13~~ 13 g gr/dl Ht : 38,1% Trombosit : $248 \times 10^3/\mu l$
GDR : 105 ms/dl ~~Amn (ur) 4.0 ms/dl Kolesterol total : 120 ms/dl~~
2. Radiologi
Pesan : Cor tidak membesar
Pulmo tidak banyak infiltrat
3. EKG
Sinus Takikardi HR : 94 x 1 menit
4. USG
5. CT Scan
6. Pemeriksaan lain
Spirometri tgl 2/7/2024 FEV1% : 47,30% FEV1/FVC : 61,83
Hasil : Obstruksi sedang
7. Obat-obatan Inj NAC 0,9% 1000cc/24jam, Drip Aminophidin 1amp/kgf
Inj. Mp. 30mg/8jam Inj. amz. 40mg/24jam, Inj. ceftazidime 2gr/24jam
Azitromisin 500mg 1x1 NAC 3x1 codein 20mg 1x1, COLECOXIB 10mg 2x1
8. Diet
~~Diet rendah lemak tinggi karbohidrat tinggi protein~~
Diet tinggi karbohidrat tinggi protein (CTKP)

ANALISA DATA

No	Tgl/Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem
1.	14-02-2028 0710	<p>Ps : Pasien mengatakan sesak nafas - Sesak bertambah setelah aktivitas dan pada malam hari</p> <p>DO : - RR : 24x/menit - SpO2 : 93 % - Bunyi nafas wheezing - Penggunaan nafas cuping hidung saat istirahat - tercapai 02 Nlc 2 lpm Spirometri 24/1/14 : obstruksi sedang</p>	Hambatan upaya nafas.	<p>Pola nafas tidak efektif</p> <p>(p. 0005)</p>
2.	14-02-2028 0710	<p>Ps : Pasien mengatakan mudah lelah lemah dan lesu setelah melakukan aktivitas</p> <p>DO : - Pasien tampak lemah dan aktivitasnya ditunda ditunda - hari kemarin tidak makan minum mandi dan berpakaian - Pasien tampak sesak nafas setelah saat istirahat</p>	kelelahan antara suplai dan kebutuhan oksigen.	<p>Intoleransi aktivitas</p> <p>(p. 0006)</p>
3.	14-02-2028 0710	<p>Ps : Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena sesak nafas.</p> <p>- Pasien mengatakan sudah 6 bulan mengalami kesulitan tidur karena sesak nafas.</p> <p>- Pasien mengatakan tidak nyaman dengan ruangan pr yg terang</p> <p>DO : - Pasien tampak mengantuk mata bengkak dan ada mata merah - Tampak mata merah - Pasien sering menguap dan saat beristirahat</p>	Hambatan lingkungan (kelelahan ruangan)	<p>Gangguan pola tidur</p> <p>(p. 0005)</p>

Diagnosa Keperawatan dan Prioritas Diagnosa

No	Tgl/Jam	Diagnosa	Prioritas
1	14-02-2025	Pola napas tidak efektif b.d Hambatan upaya napas	Pola napas tidak efektif b.d Hambatan upaya napas
2.	14-02-2025	Intoleransi aktivitas b.d ketidakeimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas b.d ketidakeimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
3.	14-02-2025	Gangguan pola tidur b.d Hambatan lingkungan	Gangguan pola tidur b.d Hambatan lingkungan

RENCANA KEPERAWATAN

No	Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI																				
1	14-02-2024 07:30	Pola nafas tidak efektif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 30 jam diharapkan pola nafas efektif meningkat Ventrikel Arterial dengan kriteria hasil :</p> <p>- Pola nafas (L.01004)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>Aw</th><th>D</th><th>AK</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>Distensi</td><td>2</td><td>4</td><td></td></tr> <tr> <td>2.</td><td>frekuensi nafas</td><td>2</td><td>4</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. cukup meningkat 3. sedang 4. cukup menurun 5. Menurun 	No	Indikator	Aw	D	AK	1.	Distensi	2	4		2.	frekuensi nafas	2	4		<p>Manajemen jalan nafas (1.01011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor fungsi nafas tambahan wheezing 2. Posisikan posisi semi Fowler 3. Berikan oksigen Nasal/kanal 2 lpm jika sesak 4. Berikan teknik Purse Lip Breathing untuk mengurangi sesak nafas sesak nafas 5. Ajarkan teknik fused lips Breathing 6. Kolaborasi pemberian Bronkodilator/Nebulis 					
No	Indikator	Aw	D	AK																				
1.	Distensi	2	4																					
2.	frekuensi nafas	2	4																					
2	14-02-2024 07:30	Intoleransi aktivitas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 30 jam diharapkan toleransi terhadap aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>- Toleransi aktivitas (L.05097)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>Aw</th><th>D</th><th>AK</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>kelelahan total</td><td>2</td><td>4</td><td></td></tr> <tr> <td>2.</td><td>Distensi saat aktivitas</td><td>2</td><td>4</td><td></td></tr> <tr> <td>3.</td><td>Distensi setelah aktivitas</td><td>2</td><td>4</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. cukup meningkat 3. sedang 4. cukup menurun 5. Menurun 	No	Indikator	Aw	D	AK	1.	kelelahan total	2	4		2.	Distensi saat aktivitas	2	4		3.	Distensi setelah aktivitas	2	4		<p>Manajemen energi (1.05178)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan yang disebabkan yg mengakibatkan kelelahan 2. Prioritas untuk diistirahatkan 3. Berikan istirahat yang banyak 4. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 5. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
No	Indikator	Aw	D	AK																				
1.	kelelahan total	2	4																					
2.	Distensi saat aktivitas	2	4																					
3.	Distensi setelah aktivitas	2	4																					
3	14-02-2024 07:30	Gangguan pola tidur	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 30 jam diharapkan pola tidur meningkat dengan peningkatan kualitas dan kuantitas tidur dengan kriteria hasil :</p> <p>- Pola tidur (L.05098)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>Aw</th><th>D</th><th>AK</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>bangun dari tidur</td><td>2</td><td>4</td><td></td></tr> <tr> <td>2.</td><td>kelelahan bangun tidur</td><td>2</td><td>4</td><td></td></tr> <tr> <td>3.</td><td>kelelahan bangun tidur</td><td>2</td><td>4</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Menurun 4. cukup menurun 3. sedang 2. cukup meningkat 1. Meningkat 	No	Indikator	Aw	D	AK	1.	bangun dari tidur	2	4		2.	kelelahan bangun tidur	2	4		3.	kelelahan bangun tidur	2	4		<p>Pulangan tidur (1.05174)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas tidur 2. Modifikasi lingkungan dengan mengurangi pencahayaan 3. lakukan prosedur meningkatkan kenyamanan dengan metode relaksasi 4. Jelaskan pentingnya cukup tidur selama sakit 5. Perawatan jadwal pemberian obat untuk mengurangi siklus tidur tidur - terjaga
No	Indikator	Aw	D	AK																				
1.	bangun dari tidur	2	4																					
2.	kelelahan bangun tidur	2	4																					
3.	kelelahan bangun tidur	2	4																					

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	TTD>Nama
1.	14-02-2025 07.00 07.10 07.15 07.20 07.30 07.45 07.55	<p>1. Memantau bunyi nafas tambahan wheezing dan frekuensi nafas, SpO2</p> <p>2. Membentkan topi O2 Nasal kanul 2lpm</p> <p>3. Mempertahankan semi Fowler untuk mengurangi sesak nafas</p> <p>4. Mengidentifikasi gangguan fungsi suhu pada ekstremitas</p> <p>5. Menegakkan teknik Purse-lips Breathing untuk mengurangi sesak nafas serta meningkatkan transfer gas</p> <p>6. Mendemonstrasikan PLB bersama pasien</p> <p>7. Mengajarkan melakukan PLB saat sesak nafas</p>	<p>S: - Perawatan fsl paru. O: Bunyi nafas wheezing terdengar jelas frekuensi nafas 20/menit SpO2 98%</p> <p>S: Pasien mengatakan posisi suka dan nyaman O: O2 Nasal kanul 2lpm terpasang di hidung</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah nyaman O: Pasien tampak lebih nyaman dan rileks</p> <p>S: - O: Pasien frisk mengatakan penurunan fungsi paru menyedot O2 lebih baik</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah paham PLB dan akan mencoba PLB O: Pasien tampak kooperatif dan mempertahankan saat diberikan instruksi dan memperhatikan masalah</p> <p>S: Pasien sudah dapat melakukan PLB dengan benar O: Pasien tampak melakukan PLB dengan benar</p> <p>S: Pasien mengatakan akan siap melakukan PLB setiap rileks dan saat terbangun O: Pasien tampak mencoba melakukan PLB mandiri PL: 20 menit QR: 98%</p>	<p>Y. Primah</p> <p>R. Primah</p> <p>R. Primah</p> <p>R. Primah</p> <p>R. Primah</p> <p>R. Primah</p> <p>R. Primah</p>
	08.00 09.00 09.30 10.00 12.00 13.00 14.00	<p>8. Mengajarkan teknik batuk efektif untuk mengeluarkan sekret paru</p> <p>9. Memberikan topi servo udara pppt dan ampuksin inhalasi</p> <p>10. Membentkan Nebulizer Combiport + Budesonide 1mg</p> <p>11. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk asupan nutrisi pppt</p> <p>12. Mencatat kondisi pasien pada pppt</p> <p>13. Melakukan operasi Jaga</p>	<p>S: - O: Pasien tampak tertidur dan BAT menunjukkan pulsat</p> <p>S: - O: Topi pppt sudah masuk dan pasien merasa lebih nyaman</p> <p>S: Pasien mengatakan merasa lega setelah diuap O: Nebulizer Combiport bekerja sudah masuk</p> <p>S: - O: Ahli gizi sudah memberikan menu makan pasien</p> <p>S: - O: pppt sudah terpasang pada fingers</p> <p>S: - O: Operasi Jaga selesai dan sudah tenang pasien untuk melanjutkan tindakan</p>	<p>R. Primah</p> <p>R. Primah</p> <p>R. Primah</p> <p>R. Primah</p> <p>R. Primah</p> <p>R. Primah</p> <p>R. Primah</p>

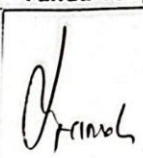

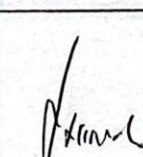
IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	TTD>Nama
1.	15-02-2015 14.30	1. Mempertahatkan pasien duduk di kursi tempat tidur dan mendekatkan injeksi	S: - O: pasien tampak lebih mudah mengambil makanan dengan sedikit duduk	Jurnal
	15.00	2. Mengajukan mulut dan abutur secara kelap	S: pasien mengatakan abutur kelan-pelan taklan kelap O: pasien tampak lebih aktif duduk sendiri.	Jurnal
	16.00	3. Melakukan TTV dan merangsang pasien untuk refleks	S: pasien mengatakan masih teraba refleks namun sedikit berkurang O: TTV: TD/20 mmHg, N: 80 x/menit S: 36.5 °C, RR: 22 x/menit, SpO2: 98% - pasien tampak lebih terakut - refleks 02 NK 1/2 mm	Jurnal
	17.00	4. Memberikan teknik pused lips brush untuk mengurangi terakut	S: pasien mengatakan sudah berkurang terakut O: pasien tampak lebih tenang dan nyaman saat terakut berkurang. PR: 2 x/menit	Jurnal
	18.00	5. Melakukan injeksi MP 30 mg/djam melalui intubasi	S: - O: MP 30mg melalui intubasi telah masuk	Jurnal
	20.00	6. Mengidentifikasi pola abutur terakut	S: pasien mengatakan selama dirawat kurang kelap dan lebih banyak karena lampu ruangan yg terang O: tampak tenang setelah pasien tampak mengunyah	Jurnal
	21.00	7. Memeriksa ingatan dg mematikan lampu	S: pasien mengatakan ingatan sudah O: lampu ruangan diredakan	Jurnal
	21.00	7. Melakukan ofam injeksi dan pemberian intervensi	S: - O: obat paku 23.00 sudah diberikan yaitu kedua 1/2	Jurnal
	22.00	7. Menyediakan jadwal pemberian obat untuk mengurangi fibrosis intertekst	S: - O: obat paku 23.00 sudah diberikan yaitu kedua 1/2	Jurnal
	22.05	8. Melakukan operasi gigi dan merawat kondisi pasien pada CPT	S: - O: sudah terima pasien dan CPT sudah terakut dan sukar	Jurnal


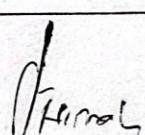
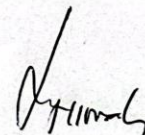
IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	TTD>Nama
1.	12-02-2021 07.26	1. Memonitor bunyi nafas takterdengar dan frekuensi nafas pasien	S: pasien mengatakan kondisi sudah lebih baik O: Suara nafas takterdengar sudah tidak terdengar RR: 20x/menit SpO2 98%	Final
	07.30	2. Mengajarkan melakukan aktivitas secara mandiri	S: pasien mengatakan sudah dapat lakukan jalan O: pasien tampak sudah dapat berjalan mandiri	Final
	08.00	3. Menjabarkan pentingnya cubuk telur sudah baik	S: pasien mengatakan akan lebih sering istirahat dan telur yang higienis dan bersih O: pasien tampak memahami informasi yang disampaikan	Final
	09.00	4. Melakukan TTV dan menyatakan keluhan	S: pasien mengatakan sesak sudah tidak ada namun kadang masih ada keluhan O: TTV: RR: 110x/menit N: 76x/menit S: 36.5°C RR: 19x/menit SpO2: 98% - Pasien sudah tidak menggunakan O2 - Pasien tampak sudah segar	Final
		5. Membantu melakukan pused lips Breathing (PLB) secara mandiri dan mengajarkan untuk rutin melakukan di rumah	S: pasien mengatakan terbantu dan sesak berkurang saat melakukan PLB setiap bangun tidur istirahat dan akan melakukan PLB di rumah SpO2: 98% RR: 15x/menit O: pasien tampak melakukan PLB dengan baik dan benar pasien tampak lebih baik RR: 10x/menit	Final
	10.00	6. Menemani visit PPDP di rumah Sp-p	S: - O: Advice PPDP: "BAPL jika ke BAPL"	Final
	10.30	7. Mengedukasi keluarga Perawatan pulang dan Discharge planning PLB di rumah dan bilik pasien PPDP	S: pasien mengatakan sudah akan pulang dan akan mengikuti saran perawat untuk melakukan PLB di rumah	Final
	11.00	8. Mengantar pasien pulang dan menunggu jumpatan motor	S: - O: pasien ditunggu ke pintu untuk pulang menggendong dan motor	Final


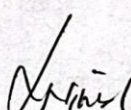
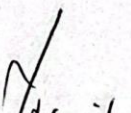
CATATAN PERKEMBANGAN

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan																				
1.	Jumat, 14-2-25 14.00 WIB	Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas	<p>S: Pasien mengatakan sesak napas saat istirahat dan dada terasa sesak. gejala bertambah saat aktivitas gejala plus takipnea dan sputum</p> <p>O: terdapat O2 10-12% RR: 24 x/menit SpO2: 92% Pr turgor - baik</p> <p>A: Masalah pola napas tidak efektif belum teratasi dengan kriteria hasil: Pola napas</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>Aw</th><th>P</th><th>Sk</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>napas</td><td>2</td><td>4</td><td>2</td></tr> <tr> <td>2.</td><td>gejala plus</td><td>2</td><td>4</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> <p>kefektifan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor 2. cekup monitor 3. ready 4. cekup menurun 5. menurun <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor ke SDG TV 2. Berikan terapi plus 	No	Indikator	Aw	P	Sk	1.	napas	2	4	2	2.	gejala plus	2	4	2						
No	Indikator	Aw	P	Sk																				
1.	napas	2	4	2																				
2.	gejala plus	2	4	2																				
2	Jumat, 14-2-25 14.00 WIB	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<p>S: Pasien mengatakan masih lesu dan sesak saat aktivitas</p> <p>O: Pasien tampak kering lesu aktivitas yang sering dilakukan</p> <p>A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi dengan kriteria hasil: toleransi aktivitas</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>Aw</th><th>P</th><th>Sk</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>kelelahan lesu</td><td>2</td><td>4</td><td>2</td></tr> <tr> <td>2.</td><td>dispnea saat aktivitas</td><td>2</td><td>4</td><td>2</td></tr> <tr> <td>3.</td><td>dispnea saat istirahat</td><td>2</td><td>4</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> <p>kefektifan: 1. Meningkatkan 2. cekup meningkat 3. ready 4. cekup menurun 5. menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 	No	Indikator	Aw	P	Sk	1.	kelelahan lesu	2	4	2	2.	dispnea saat aktivitas	2	4	2	3.	dispnea saat istirahat	2	4	2	
No	Indikator	Aw	P	Sk																				
1.	kelelahan lesu	2	4	2																				
2.	dispnea saat aktivitas	2	4	2																				
3.	dispnea saat istirahat	2	4	2																				
3.	Jumat, 14-2-25 14.00 WIB	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan	<p>S: Pasien mengatakan tidak bisa tidur karena suara lampu terbelat terang dan berisik saat istirahat</p> <p>O: Tampak tangan mata mengkilap Tampak sayu dan kulit kemerahan Tampak mengantuk</p> <p>A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi dengan kriteria hasil: • Pola tidur</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>Aw</th><th>P</th><th>Sk</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>kelelahan saat tidur</td><td>2</td><td>4</td><td>2</td></tr> <tr> <td>2.</td><td>kelelahan sering terbangun</td><td>2</td><td>4</td><td>2</td></tr> <tr> <td>3.</td><td>kelelahan saat bangun tidur</td><td>2</td><td>4</td><td>2</td></tr> </tbody> </table> <p>kefektifan: 1. Meningkatkan 2. cekup meningkat 3. ready 5. menurun 4. cekup menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan suasana kamar tidur 2. Modifikasi lingkungan dg menyediakan penutup 	No	Indikator	Aw	P	Sk	1.	kelelahan saat tidur	2	4	2	2.	kelelahan sering terbangun	2	4	2	3.	kelelahan saat bangun tidur	2	4	2	
No	Indikator	Aw	P	Sk																				
1.	kelelahan saat tidur	2	4	2																				
2.	kelelahan sering terbangun	2	4	2																				
3.	kelelahan saat bangun tidur	2	4	2																				

CATATAN PERKEMBANGAN

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan																				
1.	Jabu, 19-2-21 22.00	Pola nafas tidak efektif k.s hambatan upaya nafas	<p>S: Pasien mengatakan tidak bisa batuk, namun masih dapat batuk spontan. Sekali PLQ terasa nyaman dan tidak ada sesak.</p> <p>O: Pasien terdapat di Nk 11m PR: 20 mmHg S2: 97%</p> <p>A: Masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi dengan kriteria hasil: Pola nafas</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Proses</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Berkas</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Frekuensi nafas</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Intervensi: 1. Monitor 2. Cuci mulut 3. Sediakan 4. Cuci mulut 5. Minum</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor RR dan SpO2 2. Anjurkan PLQ secara mandiri saat tidak nafas</p>	No	Indikator	Awal	Proses	Akhir	1.	Berkas	2	4	3	2.	Frekuensi nafas	2	4	3						
No	Indikator	Awal	Proses	Akhir																				
1.	Berkas	2	4	3																				
2.	Frekuensi nafas	2	4	3																				
2.	Sabtu, 15-2-28 22.00	Intoleransi aktivitas k.s ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<p>S: Pasien mengatakan sudah bisa duduk-duduk di tempat tidur dan sudah bisa berdiri. Terasa lebih segar namun masih sesak saat sedang.</p> <p>O: Pasien tampak duduk mandiri dan tampak lebih segar. Tampak ada nafas saat sedang.</p> <p>A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi dengan kriteria hasil: Toleransi aktivitas</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Proses</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kekuatan fisik</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Intoleransi aktivitas</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Intoleransi aktivitas</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Intervensi: 1. Monitor 2. Cuci mulut 3. Sediakan 4. Cuci mulut 5. Minum</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1. Anjurkan aktivitas secara bertahap 2. Jelaskan pentingnya latihan fisik secara bertahap</p>	No	Indikator	Awal	Proses	Akhir	1.	Kekuatan fisik	2	4	3	2.	Intoleransi aktivitas	2	4	3	3.	Intoleransi aktivitas	2	4	3	
No	Indikator	Awal	Proses	Akhir																				
1.	Kekuatan fisik	2	4	3																				
2.	Intoleransi aktivitas	2	4	3																				
3.	Intoleransi aktivitas	2	4	3																				
3.	Sabtu 15-2-21 22.00	Gangguan pola tidur k.s hambatan lingkungan	<p>S: Pasien mengatakan tidak bisa tidur nyenyak karena tidak ada tempat tidur yang nyaman.</p> <p>O: Pasien tampak lebih tenang dan nyaman saat tidur.</p> <p>A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi dengan kriteria hasil: Pola tidur</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>Proses</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kekuatan fisik</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kekuatan fisik</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kekuatan fisik</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Intervensi: 1. Monitor 2. Cuci mulut 3. Sediakan 4. Cuci mulut 5. Minum</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1. Jelaskan pentingnya latihan fisik secara bertahap</p>	No	Indikator	Awal	Proses	Akhir	1.	Kekuatan fisik	2	4	3	2.	Kekuatan fisik	2	4	3	3.	Kekuatan fisik	2	4	3	
No	Indikator	Awal	Proses	Akhir																				
1.	Kekuatan fisik	2	4	3																				
2.	Kekuatan fisik	2	4	3																				
3.	Kekuatan fisik	2	4	3																				

CATATAN PERKEMBANGAN

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan																
1.	Minggu, 16-2-25 12.00	poli nifer tract efektif b.d hambatan upaya nifer	S: pasien mengatakan sudah tidak suka nifer, badan sudah lebih enak dan seger O: pasien tampak lebih segar, tidak ada nifer pada discharge plan A: masalah poli nifer tract efektif b.d hambatan upaya nifer teratasi dengan intervensi Pola nifer <table><tr><th>No</th><th>Indikator</th><th>Nilai</th><th>Skor</th></tr><tr><td>1.</td><td>tidak suka nifer</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>2.</td><td>tidak ada nifer</td><td>2</td><td>4</td></tr></table> <p>Keterangan: 1. Mengetahui 2. Mengikuti 3. Mengikuti 4. Mengikuti 5. Mengetahui</p> <p>P: Hentikan intervensi dan discharge planning</p> <p>Edukasi: BUKA dan edukasi PUS agar tidak mudah.</p>	No	Indikator	Nilai	Skor	1.	tidak suka nifer	2	4	2.	tidak ada nifer	2	4					
No	Indikator	Nilai	Skor																	
1.	tidak suka nifer	2	4																	
2.	tidak ada nifer	2	4																	
2	Minggu 16-2-25 12.00	Intoleransi aktivitas b.d ketidakmampuan aktivitas fisik dan kebutuhan oksigen	S: pasien mengatakan sudah tidak keletihan dan tidak ada nifer badan terasa lebih enak O: pasien tampak lebih segar, tidak ada nifer pada discharge plan A: masalah intoleransi aktivitas teratasi dengan intervensi Intoleransi aktivitas <table><tr><th>No</th><th>Indikator</th><th>Nilai</th><th>Skor</th></tr><tr><td>1.</td><td>tidak keletihan</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>2.</td><td>tidak ada nifer</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>3.</td><td>tidak ada nifer</td><td>2</td><td>4</td></tr></table> <p>Keterangan: 1. Mengetahui 2. Mengikuti 3. Mengikuti 4. Mengikuti 5. Mengetahui</p> <p>P: Hentikan intervensi dan discharge planning</p> <p>Edukasi: Edukasi tentang aktivitas fisik dan kebutuhan oksigen.</p>	No	Indikator	Nilai	Skor	1.	tidak keletihan	2	4	2.	tidak ada nifer	2	4	3.	tidak ada nifer	2	4	
No	Indikator	Nilai	Skor																	
1.	tidak keletihan	2	4																	
2.	tidak ada nifer	2	4																	
3.	tidak ada nifer	2	4																	
3.	Minggu 16-02-25 12.00	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan	S: pasien mengatakan sudah tidak ada gangguan tidur karena tidak ada nifer badan terasa lebih enak O: pasien tampak lebih segar, tidak ada nifer pada discharge plan A: masalah gangguan pola tidur belum teratasi dengan intervensi Gangguan pola tidur <table><tr><th>No</th><th>Indikator</th><th>Nilai</th><th>Skor</th></tr><tr><td>1.</td><td>tidak ada nifer</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>2.</td><td>tidak ada nifer</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>3.</td><td>tidak ada nifer</td><td>2</td><td>4</td></tr></table> <p>Keterangan: 1. Mengetahui 2. Mengikuti 3. Mengikuti 4. Mengikuti 5. Mengetahui</p> <p>P: Hentikan intervensi dan discharge planning</p> <p>Edukasi: Edukasi tentang pola tidur dan lingkungan.</p>	No	Indikator	Nilai	Skor	1.	tidak ada nifer	2	4	2.	tidak ada nifer	2	4	3.	tidak ada nifer	2	4	
No	Indikator	Nilai	Skor																	
1.	tidak ada nifer	2	4																	
2.	tidak ada nifer	2	4																	
3.	tidak ada nifer	2	4																	



Intervensi Hari ke-1



Intervensi Hari ke-2



Intervensi Hari ke-3

PERMOHONAN MENJADI PASIEN KELOLAAN

Dalam rangka menyelesaikan tugas akhir sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap maka yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : NI'MATURROHMAH
NIM : 41121241039
No. HP : 0821-3516-9763
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis dengan Pola Nafas Tidak Efektif dan Penerapan *Pursed Lips Breathing* di RSU Raffa Majenang

Bermaksud akan melakukan kegiatan penelitian sebagai rangkaian studi saya Program Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap. Dalam penelitian ini, peneliti tidak bekerja sendiri melainkan dibantu oleh asisten penelitian. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk MENERAPKAN *Pursed Lips Breathing* untuk menurunkan pola nafas tidak efektif.

Peneliti mohon kesediaan ibu untuk menjadi pasien kelolaan dalam studi kasus ini. Tindakan ini semata-mata hanya untuk kepentingan ilmu pengetahuan saja tanpa maksud lain dan akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti.

Demikian penjelasan saya sampaikan, atas bantuan, dukungan dan kesediaan ibu, peneliti ucapkan terima kasih.

Peneliti

NI'MATURROHMAH
NIM. 41121241039

Lampiran-3

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : NI'MATURROHMAH

NIM : 41121241039

Untuk mengisi daftar pertanyaan penelitian yang diajukan oleh mahasiswa Program Profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap tanpa prasangka dan paksaan. Jawaban yang diberikan hanya semata-mata untuk keperluan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan kami buat.

Cilacap, 14 Februari 2025
Pasien Kelolaan

.....

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) ***PURSED LIPS BREATHING***

A. Pengertian

Purse lips breathing adalah latihan pernapasan dengan menghirup udara melalui hidung dan mengeluarkan udara dengan cara bibir lebih dirapatkan atau dimonyongkan dengan waktu ekshalasi lebih di perpanjang. Terapi rehabilitasi paru-paru dengan purse lips breathing ini adalah cara yang sangat mudah dilakukan, tanpa memerlukan alat bantu apapun, dan juga tanpa efek negatif seperti pemakaian obat-obatan.

B. Tujuan

Meningkatkan kemampuan otot-otot pernapasan, meningkatkan ventilasi paru dan memperbaiki oksigenisasi

C. Prosedur

1. Persiapan Alat
 - a. Jam Detik
 - b. Buku catatan.
 - c. Alat tulis.
 - d. Lembar *informed consent*
2. Preinteraksi
 - a. Cek catatan keperawatan dan catatan medis klien
 - b. Cuci tangan
 - c. Siapkan alat yang diperlukan
3. Tahap Orientasi
 - a. Lakukan kebersihan tangan sesuai dengan SOP.
 - b. Sampaikan salam dan memperkenalkan diri.
 - c. Lakukan identifikasi pasien sesuai dengan SOP.
 - d. Sampaikan maksud dan tujuan tindakan.
 - e. Jelaskan langkah dan prosedur tindakan.
 - f. Kontrak waktu dengan pasien.
 - g. Tanyakan kesiapan pasien sebelum tindakan dilakukan.
 - h. Berikan privasi untuk pasien jika pasien membutuhkan.
4. Tahap kerja
 - a. Atur posisi pasien dalam posisi semi fowler.
 - b. Instruksikan pasien untuk mengambil napas dalam, kemudian mengeluarkannya secara perlahan-lahan melalui bibir yang membentuk seperti huruf O.
 - c. Ajarkan bahwa pasien perlu mengontrol fase ekshalasi lebih lama dari fase inhalasi.
 - d. Menarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik sampai dada dan abdomen terasa terangkat lalu jaga mulut agar tetap tertutup selama inspirasi dan tahan napas selama 2 detik.

- e. Hembuskan napas melalui bibir yang dirapatkan dan sedikit terbuka sambil mengkontraksikan otot-otot abdomen selama 4 detik. Lakukan inspirasi dan ekspirasi selama 5 kali pengulangan dalam satu intervensi. Lakukan intervensi selama 7 menit.
- f. Selama prosedur, tingkatkan keterlibatan dan kenyamanan pasien.
- g. Kaji toleransi pasien selama prosedur

D. Terminasi

- 1. Beritahukan kepada klien bahwa tehnik pernapasan purse lips breathing yang dilakukan telah selesai
- 2. Berikan reinforcement positif kepada klien
- 3. Kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya
- 4. Bereskan alat-alat
- 5. Cuci tangan

E. Dokumentasi

Catat hasil kegiatan di dalam catatan keperawatan

