

**FORMAT PENGKAJIAN
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Nama Mahasiswa : NIMATU'RROHIMAH
 Tempat Praktik : PUS. MAFFA MAJENANG
 Tanggal : 19. Februari. 2025

I. Identitas

A. Identitas Klien :

1. Nama : N.I.MATU'RROHIMAH (LP)
2. Tempat/tanggal lahir : Cilacap, 17 Mei 1970 (59 th)
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. Ektrodermata Atut

B. Identitas Penanggung Jawab :

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

II. Status Kesehatan

A. Status kesehatan saat ini

1. Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama : Paten mengalami mengeluh ~~sepak nyeri~~ dan ~~pasca malam hari~~ 2 hari sebelum marut rumah sakit. ~~sepak nyeri~~ bertambah ~~seolah beraktivitas~~ paten malam hari. Mengakibatkan mudah lelah/lemah dan lemas setelah melakukan aktivitas. Paten mengeluh senjut ~~terdiri~~ di malam hari karena ~~sepak nyeri~~
2. Faktor pencetus : Paten mengalami ~~sepak nyeri~~ bertambah ~~seolah beraktivitas~~ dan ~~sepak nyeri~~ beraktivitas dan ~~pasca malam hari~~
3. Lamanya keluhan : ~~seolah beraktivitas~~ setelah 6 bulan dan membaik 1 minggu ini
4. Timbulnya keluhan : () bertahap () mendadak
5. Faktor yang memperberat : ~~sepak nyeri~~ bertambah ~~seolah beraktivitas~~ seperti berjalan mengeluhkan batuk dan烽

B. Status kesehatan masa lalu :

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

- Pasien mengalami pernah dirawat dengan leluhan sejak nafas 6 bulan yang lalu
2. Kecelakaan : pasien mengalami tidak pernah mengalami kecelakaan.

C. Pernah dirawat :

1. Penyakit : pasien pernah dirawat dengan leluhan sejak nafas 6 bulan yg lalu.
2. Waktu : 6 bulan yg lalu
3. Riwayat operasi : pasien mengalami tidak pernah melakukan Operasi.

III. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik

A. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1. Persepsi tentang kesehatan diri pasien mengalami kesehatan itu penting dan dia tetap dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan normal.
2. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya pasien mengalami tidak ada rasa ragu berkenan ke perawatan/ rumah sakit : pasien sudah tahu tentang penyakitnya dan tentang perawatannya dan pengobatannya
3. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
- Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat? pasien mengalami saat ini merasa tidak nyaman. Yang tidak seperti leluhan nyeri dan mengantuk, burung-siregan
 - Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi pasien mengalami setiap bulan rutin mengikuti vaksinasi dipuskesmas dan selalu melakukan perawatan berkala dan sehat menjaga diri agar tetap sehat
 - Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
 - Yang dilakukan bila sakit dia datang pasien berhati ke perawatan dan dia belum ambuh. Ragu ke dokter dan rumah sakit, dia tidak ingin memberi tahu dr. Wacana.
 - Kemana pasien biasa berobat bila sakit dia datang pasien berhati ke perawatan dan tidak kuat. Mungkin berobat ke rumah sakit
 - Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/rokok/alkohol/kopi/kebiasaan olah raga)
Merokok : pak/hari, lama : tahun
Alkohol : , lama Tahun
Kebiasaan olah raga, jenis : Jalan-jalan, frekuensi : 2x seminggu

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

- d. Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan
- Penghasilan pasien merupakan I.P.T., penghasilan suami menanggung kebutuhan
 - Asuransi/jaminan kesehatan .. pasien menggunakan BPJS
 - Keadaan lingkungan tempat tinggal .. pasien tinggal di daerah pedesaan dibelakang rumah tidak rapih kotor. Lingkungannya tidak dengan faktor kesehatan

2. Nutrisi, cairan dan metabolism

a. Gejala (subyektif)

- 1). Diet biasa (tipe) : Biasa jumlah makan/hari : 8x5 sehari
- 2). Pola diet : Teratur makan terakhir : Pukul 20.00 WIB
- 3). Nafsu/selera makan : Baik Mual : Tidak, waktu : -
- 4). Muntah : tidak ada ada, jumlah : Karakteristik :
- 5). Nyeri ulu hati : tidak ada ada, Karakter/penyebab :
- 6). Alergi makanan : tidak ada ada *Patren tidak tahu makanan yang mengiritasi*
- 7). Masalah mengunyah/menelan : tidak ada ada, jelaskan
- 8). Keluhan demam : tidak ada ada, Jelaskan
- 9). Pola minum/cairan : jumlah minum & gelas sehari (1 gelas belumlah 200 cc)
Cairan yang biasa diminum Air putih dan kadang air teh
- 10). Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : tidak ada ada, Jelaskan *Patren mengalami penurunan BB 1 kg dari sebelumnya*

b. Tanda (obyektif)

- 1). Suhu tubuh 36.8 °C
Diaphoresis : tidak ada ada, Jelaskan *di sini tidak ada tanda tangan*
- 2). Berat badan : 58 kg Tinggi badan 160 cm
Turgor kulit : Baik Tonus otot : Kurang lembut
- 3). Edema : tidak ada ada, lokasi dan karakteristik
- 4). Ascites : tidak ada ada, Jelaskan
- 5). Integritas kulit perut Perut Warna coklat 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 kerih, air muri terutama dan tampak kerih, gigi kerusak, kerusak mukosa litis lambat dan iritasi tampak kerih.

3. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan

a. Gejala subyektif :

- 1). Dispneu : tidak ada ada, jelaskan *soal aktivitas* *Memberat* *dan* *sering* *terjadi* *pd* *pagi* *harinya*
- 2). Yang meningkatkan/mengurangi sesak *Mengatur nefes* *dan* *inspirasi*
- 3). Pemajaman terhadap udara berbahaya *Patren* *berada* *di* *dekat* *dahan* *roboh* *temurutuan* *terjatuh* *potong*
- 4). Penggunaan alat bantu : tidak ada ada, *soal* *mempergunakan* *otot* *lambat* *dan* *110* *breath*

b. Tanda obyektif :

- 1). Pernafasan : frekuensi ... $24 \times \text{menit}$. Kedalaman ... $\pm 2-3 \text{ cm}$
Simetris .. Pergerakan hidung nafas tetapi takaran dan tipe ..
- 2). Penggunaan alat bantu nafas ... pasien menggunakan Oksigen Nasal tanu. 2 lpm
Nafas cuping hidung ... menggunakan refer cuping hidung saat saat nafas.
- 3). Batuk : ~~batang hidung~~ Sputum (karakteristik) ..
- 4). Fremitus : ~~fremitus hidung dan~~ Bumyi nafas Wheezing (mung).
- 5). Egofoni : ~~tidak terdengar~~ Sianosis : ~~tidak ada~~ ..

4. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)

a. Gejala subyektif :

- 1). Kegiatan dalam pekerjaan ... Mudah lelah .. tetapi aktivitas ..
- 2). Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas
 - a). Pergerakan tubuh .. Sedikit .. tetapi berarti tidak nafas ..
 - b). Kemampuan merubah posisi : () mandiri (\checkmark) perlu bantuan,
Jelaskan ... dan perlu studi .. tetapi berjalan .. tubuh bantuan ..
 - c). Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan, dll)
() mandiri (\checkmark) perlu bantuan, jelaskan perawatan diri dilanjut oleh suami.
- 3). Toileting (BAB/BAK) : () mandiri (\checkmark) perlu bantuan, jelaskan ...
- 4). Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : () tidak ada (\checkmark) ada,
Jelaskan .. Pelepas .. mengalih posisi refer tetapi berjalan jauh dan aktivitas lainnya ..
- 5). Mudah merasa lelah/lelah : () tidak ada (\checkmark) ada, jelaskan ..
aktivitas .. nyanyi .. merasa .. lelah .. aktivitas ..
- 6). Toleransi terhadap aktivitas : () baik (\checkmark) kurang, jelaskan ..
Paxen mudah .. lelah .. tetapi aktivitas ..

b. Tanda obyektif :

- 1). Respon terhadap aktivitas yang teramat .. Mudah lelah .. tetapi aktivitas ..
- 2). Status mental (misalnya menarik diri, letargi) .. Baik ..
- 3). Penampilan umum :
 - a). Tampak lemah : () tidak (\checkmark) ya, jelaskan tampak lemah saat berakтивitas ..
 - b). Kerapian berpakaian .. Pakaran rapi dan warna elegan /sejauh ..
- 4). Pengkajian neuromuskuler :
Masa/tonus : Baik ..
Kekuatan otot : ~~lemah~~ lemah ..
Rentang gerak : ~~lemah~~ ..
Deformitas ..
- 5). Bau badan : ~~sebutkan bau ketidak~~ .. Bau mulut : tidak ada ..
Kondisi kulit kepala : Berminyak, Warna rambut hitam atau hitam uban ..
Kebersihan kuku : ~~kulit rapi~~ rapi dan bersih ..

5. Istirahat

a. Gejala subyektif :

- 1). Kebiasaan tidur : ~~pasien tidur siang 2-3 jam dan bangun-pulang 08.00-10.00 wkt. pasien tidak tidur~~
pasien tidur siang $\pm 2-3$ jam dan bangun-pulang $08.00-10.00$ wkt. pasien tidak tidur
tidur orang ± 1 jam
 - 2). Masalah berhubungan dengan tidur
Lama tidur ± 8 jam tetapi belum rileks, rileks tetapi ± 6 jam ..
- \rightarrow pasien mengatakan sudah ± 6 bulan mengalami kerusakan tidur karena tidak tidur karena terlalu banyak beraktifitas
- \rightarrow pasien mengatakan sudah ± 6 bulan mengalami kerusakan tidur karena tidak tidur karena lelah dan beraktifitas
- \rightarrow pasien mengatakan sudah ± 6 bulan mengalami kerusakan tidur karena tidak tidur karena terlalu banyak beraktifitas
- \rightarrow pasien juga merasa tidak nyaman dengan ruangan rumah pasien karena terlalu banyak beraktifitas
- \rightarrow pasien beraktifitas tidur dengan lampu yang dimatikan.

- a. Insomnia : tidak ada ada
 b. Kurang puas/segar setelah bangun tidur : tidak ada ada,
 Jelaskan ...
 c. Lain-lain, sebutkan ...
- b. Tanda obyektif :
1. Tampak mengantuk/mata sayu : tidak ada ada, jelaskan ...
 ...
 2. Mata merah : tidak ada ada
 3. Sering menguap : tidak ada ada
 4. Kurang konsentrasi : tidak ada ada

6. Sirkulasi

- a. Gejala subyektif :
1. Riwayat hipertensi dan masalah jantung : tidak ada ada,
 Jelaskan ...
 2. Riwayat edema kaki : tidak ada ada, jelaskan ...
 3. Flebitis ... Penyembuhan lambat .
 4. Rasa kesemutan ...
 5. Palpitasi ...
- b. Tanda obyektif :
1. Tekanan darah $119/76$ mmHg
 2. Mean Arterial Pressure (MAP) : $\frac{119+76}{3} = \frac{295}{3} = 98.3$ Normal
 3. Nadi :

a. Karotis	: Terde ...
b. Femoralis	: Terde ...
c. Popliteal	: Terde ...
d. Jugularis	: Terde ...
e. Radialis	: Terde ...
f. Dorsal pedis	: Terde ...
g. Bunyi jantung	: 100 dpr. Frekuensi : 99 x / menit
	Irama : Reguler. Kualitas : Baik
h. Murmur	: 100 dpr. Gallop : 100 dpr
i. Pengisian kapiler	: < 2 detik
	Varises : 100 dpr. Phlebitis : 100 dpr. ad
j. Warna membrane mukosa	: Merah kekerabatan. Bibir : Lembut. Warna merah kekerabatan
	Konjungtiva : Ananemis. Sklera : 100 Normal
	Punggung kuku : Punggung kuku halus, ketul tumbuh dg baik

7. Eliminasi

- a. Gejala subyektif :
1. Pola BAB : frekuensi : 1 ± 2 chart. konsistensi : lunak, padat ...
 2. Perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat tertentu, misal : terpasang kolostomi/ileostomy) : Parah. mungkin BAB Normal
 3. Kesulitan BAB : konstipasi : 100 dpr. Diare : 100 dpr.

- 4). Penggunaan laksatif : tidak ada ada, jelaskan

 5). Waktu BAB terakhir :
 6). Riwayat perdarahan :
 Hemorrhoid :
 7). Riwayat inkontinensia alvi :
 8). Riwayat penggunaan alat-alat (misalnya kateter) :
 9). Riwayat penggunaan diuretik :
 10). Rasa nyeri/terbakar saat BAK :
 11). Kesulitan BAK :
b. Tanda obyektif :
 1). Abdomen :
 a). Inspeksi : abdomen membuncit ada tidak jelaskan Bentuk *Attenen simetris*

 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 *perkus bunyi timpani*
 d). Palpasi :
 Nyeri tekan :
 Nyeri lepas :
 Konsistensi : *lunak/keras*
 Massa : tidak ada ada, jelaskan
 Pola BAB : konsistensi *lunak/pekat* warna *keuning* keasaman
 Abnormal : tidak ada ada, jelaskan

 Pola BAK : dorongan *Ingin Bkt Normal* Frekuensi *+ 8x sehan*
 Retensi *Patien dapat merelaks BAB*
 Distensi kandung kemih : tidak ada ada, jelaskan

 e). Karakteristik urin : *warna buning bening terkadang jernih*
 Jumlah *+ 100 cc* Bau *baik BAK / peding*
 f). Bila terpasang kolostomi/ileostomi : keadaan *Patien tidak mengeluhkan*
kolostomi

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
 Patien ~~terasa~~ masing-masing ~~ada~~ pusing ~~ada~~ bagus ~~ada~~
 - 3). Sakit kepala : lokasi nyeri
 Frekuensi :
 - 4). Kesemutan/kebas/kelemahan : lokasi
 - 5). Kejang : tidak ada () ada
 Jelaskan
 Cara mengatasinya :
 - 6). Mata : penurunan penglihatan () tidak ada ada,
 Jelaskan ... ~~Patien mengurangkan fokus mata karena (1) deejak atau mudah~~
 - 7). Pendengaran : penurunan pendengaran tidak ada () ada,
 Jelaskan
 - 8). Epistaksis : tidak ada () ada
 Jelaskan
- b. Tanda obyektif :
- 1). Status mental :
 Kesadaran : kompos mentis () apatis () somnolen () sopor () koma
 2). Skala coma Glasgow (GCS) : respon membuka mata (E) Membuka mata spontan
 Respon motorik (M) ~~Mengikuti perintah~~ respon verbal (V) ~~5 Bahasa spontan~~
 - 3). Terorientasi/disorientasi : waktu ... ~~Patien mengatakan waktu saat ini adalah pagi~~
 Tempat ... ~~Patien berada di Rumah~~ Orang ... ~~Patien dikenal, teman~~
 - 4). Persepsi sensori : ilusi ... ~~Patien coba~~ halusinasi ... ~~Patien coba~~
 Delusi ... ~~Patien coba~~ Afek ... ~~Patien coba~~ Jelaskan
 - 5). Memori :
 Saat ini ... ~~Patien berada di Rumah~~ ~~Patien mengatakan saat ini adalah pagi~~
~~namun ia mengatakan berada di rumah kekinian~~

- Masa lalu ~~Paten dalam perihal dirawat di PPSK Glocor yg lalu karena jarak terlalu jauh~~
- 6). Alat bantu penglihatan/pendengaran : () tidak ada (✓) ada, sebutkan ~~facial~~
 - 7). Reaksi pupil terhadap cahaya : ka/ki ~~t/t~~
Ukuran pupil ~~2-3 cm~~
 - 8). Facial drop ~~trah -~~ Postur ~~tegak~~
Refleks ~~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 : ~~Paten mengidam tidak memiliki riwayat alergi obat~~
Makanan : ~~Paten mengidam tidak memiliki riwayat alergi makanan~~
- 2). Riwayat penyakit hubungan seksual : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 3). Riwayat transfusi darah : ~~Paten tidak pernah transfusi darah~~
Riwayat adanya reaksi transfusi ~~...~~
- 4). Riwayat cedera : (✓) tidak ada () ada, sebutkan
- 5). Riwayat kejang : (✓) tidak ada () ada, sebutkan

b. Tanda Obyektif :

- 1). Suhu tubuh ~~36,7~~ °C Diaforesis ~~terjadi saat scrub sepsi~~
- 2). Integritas jaringan ~~Baik~~
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 invasif : () tidak ada (✓) ada, jelaskan ...
~~Paten tidak ada faktor resiko~~ ~~...~~ ~~INPUT~~
- 8). Gangguan keseimbangan : () tidak ada (✓) ada, jelaskan ..
~~Paten terjadi kering saat berjalan~~ ~~...~~ ~~...~~
- 9). Kekuatan umum ~~Baik~~ tonus otot ~~kuat~~
Parese/paralisa ~~...~~

10. Seksual dan reproduksi

a. Gejala subyektif :

- 1). Pemahaman terhadap fungsi seksual ~~Paten tahu & tahu tentang perempuan monsulik orang awam~~
- 2). Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi atau kondisi sakit)
~~Paten suka f. g. buang air besar saat hubungan~~ ~~...~~ ~~...~~ ~~...~~

- 3). Permasalahan selama aktivitas seksual : (✓) tidak ada (✓) ada, jelaskan
 ... sejak 5 thn terakhir. Sudah jarang melakukan aktivitas seksual, karena cemas.
- 4). Pengkajian pada laki-laki : raba pada penis
 Gangguan prostat
- 5). Pengkajian pada perempuan
- Gangguan menstruasi (keturunan/keluhan)
 Patien. seet. 17! . dsd. Mengalami. Detak citra. Sg th.
 - Riwayat kehamilan
 Patien. Memiliki. 10 rag. anak. dan mengalami. sebagianya. /x
 - Riwayat pemeriksaan ginekologi (pap smear)
 Patien. belum. pernah. melakukan. pap smear
- b. Tanda obyektif :
- Pemeriksaan payudara/penis/testis
 Payudara simetris. sanan. kiri dan. hadir adk. bengkolan
 - Kutil genital, lesi
 Tidak adk. lesi. hadir adk. kutil genital. Genitalia tampte. berul.

11. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme coping

- a. Gejala subjektif :
- Faktor stress : Patien. terhadap. Meras. stres. karena. aktivitas. rumah. sanan. sejak. mengalami. dan. merasa. pasrah. kepada. diri. konsepsi
 - Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu).
 dikontrol oleh suami
 - 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
 - Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang
 mencoba. tenang. berlatih. dan. berdoa. supaya. cepat. pulih
 - Perasaan cemas/takut : () tidak ada (✓) ada, jelaskan
 Tidak. adik. aktif. aktifnya. telic. suntuk. tafs. sejauh. pasrah. dan. berdoa
 - Perasaan ketidakberdayaan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
 Selalu. optimis. berdoa. supaya. dilakukan
 - Perasaan keputusasaan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
 sejauh. kurang. optimis. Pengetahuan. pengetahuan. di. berdoa
 - Konsep diri :
 - Citra diri : Patien. adalah. seorang. istri. dan. ibu. rumah. tangga. yang
 ketulusan. mengatur. finans. terperlu. rumah. tangga. yang. mengatur. finans
 - Ideal diri : Patien. seorang. ibu. rumah. tangga. yang. mengatur. finans
 terperlu. rumah. tangga. rumah. tangga. hadir. keranya. di. tdk. berul.
 - Harga diri : Patien. merasa. bahwa. dirinya. dengan. sebagian. namun. bukan. sejauh
 mengalami. sejauh. patien. tidak. sedar. mender.
 - Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas : Patien. masih. bertulur. sebagai. istri
 ibu. rumah. tangga.
 - Konflik dalam peran : Patien. merasa. hadir. adat. memerlukan. adik. yg. miskin
 dikaruniakan. sedang. datit. perannya. pasti. ini. dituntut. oleh. suami

b. Tanda obyektif :

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

12. Interaksi sosial

a. Gejala subyektif :

- 1). Orang terdekat & lebih berpengaruh
.....
.....
- 2). Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah
.....
.....
- 3). Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua, saudara, pasangan) : (✓) tidak ada () ada, sebutkan
.....
.....
- 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
.....
- 3). Penggunaan alat bantu bicara
.....
- 4). Adanya tracheostomi
.....
- 5). Komunikasi verbal/non verbal dengan keluarga/orang lain
.....
- 6). Perilaku menarik diri : (✓) tidak ada () ada,
Sebutkan
.....

13. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

a. Gejala subyektif :

- 1). Sumber kekuatan bagi klien :
.....
- 2). Perasaan menyalahkan Tuhan : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan
.....
- 3). Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya : macam
.....
.....
- 4). Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat
.....
.....
- 5). Pemecahan oleh klien
.....
- 6). Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut klien yang bertentangan dengan kesehatan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
.....
- 7). Pertentangan nilai/kebudayaan/keyakinan terhadap pengobatan yang dijalani :
(✓) tidak ada () ada, jelaskan
.....
.....

- b. Tanda obyektif :

 - 1). Perubahan perilaku ~~Patien ada~~
 - 2). Menolak pengobatan : tidak ada ada, jelaskan
~~Patien mengalih... semu... sarang... dutter... dan... perut... dan... rubah... makan... obat~~
 - 3). Berhenti menjalankan aktivitas agama : tidak ada ada, jelaskan
~~Patien... merokok... dr... rumah... sakit... terapi... Patien... dengan... dutter... memba... makan... dan... mending... merokok... kafein~~
 - 4). Menunjukkan sikap permusuhan dengan tenaga kesehatan : tidak ada ada, jelaskan
~~Patien... ku... periksa... sakit... di... akut... infeksi... tif... perawatan...~~

Data Penunjang

- Data Peranjang**

 1. Laboratorium
Leukosit: $11,3 \cdot 10^3/\mu\text{l}$ HB: ~~13~~ 13 g/dl gtr: 81 ftr: 38,1% Trombosit: $248 \cdot 10^3/\mu\text{l}$
GDR: 105 mg/dl Asem urat: 40 mg/dl Potassium: 120 mg/dl
 2. Radiologi
Fegan: cor takik memperbar
Pulmo: tidak tampak infiltrat
 3. EKG
Sinus Tachikardia HR: 94x/1 menit
 4. USG
 5. CT Scan
 6. Pemeriksaan lain
Spironometri: 2/7/2024 FEV1%: 47,38% FEV1/FVC: 61,83
Hafri: Obstruktif sedang
 7. Obat-obatan inf Nase 0,9% 1000 cc/24 jam, Drip Aminophillin (amp/kalip)
(ml): MP: 30 mg/18 jam, Ing: 0,1 ml. 40 mg/24 jam, Inf. seftifikone 2 gr/24 jam.
Aztreonam: 500 mg/1x1 NAC: 300 mg/1x1, Codein: 20 mg/1x1, CO/ECOXIB: 10 mg/2x1
 8. Dijit
DTT: peradah (remed) Angin katon: tinggi Prof S
DTT: tinggi karsor: tinggi perifer (CTKTP)

ANALISA DATA

No	Tgl/Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem
1.	14-02-2028 07.10	<p>PF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patien mengatakan secara nafas - secara bertambah & tetap aktifitas dan pasca makan lancar <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PR: 24x/menit - SpO2: 93% - Bilangan nafas (Wheezing) - Pengukuran nafas rupanya berfungsi untuk terinterpretasi - ↑ Crisolab O2 Nic 2 lpm - Spirometri 2/9/14 = obstruktif sedang 	Hambatan upaya nafas.	<p>Pola nafas tidak efektif</p> <p>(P.0005)</p>
2.	14-02-2028 07.10	<p>PF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patien mengatakan mudah lelah lemah dan lemas & tetap merasakan aktifitas <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patien tampak lemah aktifitasnya terbatas dan lemas - han akhirnya tidak suka makan makanan manis mandi dan beraktifitas - Patien tampak secara nafas susah dan perih. 	Kedekatan hinggahan antara susah dan lelahnya nafas.	<p>Intoleransi aktifitas</p> <p>(P.0056)</p>
3.	14-02-2028 07.10	<p>PF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patien mengatakan dengan sebagian dimalam hari karena susah nafas. - Patien mengatakan susah bukan mengalami ketidaknyamanan karena "susah nafas" - Patien mengatakan tidak nyaman dengan menggunakan PR yg terang <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patien tampak mengantuk mata basah dan basah basah pada mata merah tanpa mata menghitam - Patien dengan mengalami tanpa suatu perasaan 	<p>Hambatan lingkungan</p> <p>(Kemacetan ruang)</p>	<p>Gangguan pola tidur</p> <p>(P.0055)</p>

Diagnosa Keperawatan dan Prioritas Diagnosa

No	Tgl/Jam	Diagnosa	Prioritas
1	14-02-2022	pola nafas tidak efektif b.d hamatan cipaku nafas	pola nafas tidak efektif b.d hamatan cipaku nafas
2.	14-02-2022	Intoleransi aktivitas b.d berdataran yang antara supir dan ketutuhan olejien	Intoleransi aktivitas b.d berdataran yang antara supir dan ketutuhan olejien
3.	14-02-2022	Gangguan pola tidur b.d hamatan lingkungan	Gangguan pola tidur b.d hamatan lingkungan

RENCANA KEPERAWATAN

No	Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	SLKI			SIKI																				
			Indikator	AN	ID																					
1	14-02-2028 07.30	Pola nafas tidak efektif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan Selama 3x20 menit dilaksanakan pola nafas efektif mendekati ventilasi alveolar dengan enters hasil :</p> <p>- pola nafas (L-01004)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>AN</th> <th>ID</th> <th>AK</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Dipnari</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. Memburu 2. Cepat Memburu 3. Sedang 4. Cepat Menurun 5. Menurun 	No	Indikator	AN	ID	AK	1.	Dipnari	2	4		2.	Frekuensi nafas	2	4				<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen jalan nafas (1.01011) <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor beban nafas saat tahapan obesizing 2. Posisikan pasien semi Fowler 3. Bentuk dekong Normal/Carval 2 lpm dikonsept 4. Berikan teknik Purse Lips Breathing untuk mengurangi beban nafas saat tahapan depresi 5. Ajarkan teknik jaring Lips Breathing 6. Kolaborasi pemberian bronkodilatator/reliever 					
No	Indikator	AN	ID	AK																						
1.	Dipnari	2	4																							
2.	Frekuensi nafas	2	4																							
2	14-02-2028 07.30	Intoleransi aktivitas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan Selama 3x20 menit dilaksanakan toleransi terhadap aktivitas meningkat dengan enters hasil :</p> <p>- Toleransi aktivitas (L-05097)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>AN</th> <th>ID</th> <th>AK</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan lemah</td> <td>2</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Dipnari terhadap aktivitas</td> <td>2</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Bersifat sifat aktivitas</td> <td>2</td> <td>1</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburu 2. cepat meningkat 3. sedang 4. cepat menurun 5. menurun 	No	Indikator	AN	ID	AK	1.	Keluhan lemah	2	4		2.	Dipnari terhadap aktivitas	2	1		3.	Bersifat sifat aktivitas	2	1				<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen energi (1.05178) <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yg mengakibatkan lelah 2. fasilitasi duduuk diatas tempat tidur 3. mengurangi tahan banting 4. Anjuran membatasi aktivitas secara bertahap 5. kolaborasi dengan ahli fisioterapi cara meningkatkan aktivitas harian
No	Indikator	AN	ID	AK																						
1.	Keluhan lemah	2	4																							
2.	Dipnari terhadap aktivitas	2	1																							
3.	Bersifat sifat aktivitas	2	1																							
3.	14-02-2028 07.30	Sympatik pola tidur	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan Selama 3x20 menit dilaksanakan pola tidur membaik dengan peningkatan kualitas dan kuantitas tidur dengan enters hasil :</p> <p>- pola tidur (L-05098)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>AN</th> <th>ID</th> <th>AK</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan sulit tidur</td> <td>2</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Keluhan teringat terjaga</td> <td>2</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Keluhan tidur lepas</td> <td>2</td> <td>4</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. cepat menurun 3. sedang 4. sulit meningkat 5. meningkat 	No	Indikator	AN	ID	AK	1.	Keluhan sulit tidur	2	4		2.	Keluhan teringat terjaga	2	4		3.	Keluhan tidur lepas	2	4				<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan tidur (1.05179) <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas tidur 2. Modifikasi lingkungan dengan memudahkan peralatan 3. latihan, prosedur mengatasi kognitif dengan metode proses 4. Jelaskan pentingnya cukup tidur selama setidaknya 8-9 jam 5. formulasi jadwal, pemberian obat untuk menurunkan sifat-sifat tidur - terjaga
No	Indikator	AN	ID	AK																						
1.	Keluhan sulit tidur	2	4																							
2.	Keluhan teringat terjaga	2	4																							
3.	Keluhan tidur lepas	2	4																							

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	TTD/Nama
1.	14-02-2025 09.00	1. Memonitor bunginafas Tambahan wheezing dan frekuensi nafas, gizi 07.10 2. Memberikan toapi O2 Nasal canul 2 lpm	S: - 0: Bunginafas wheezing terdengar jelas frekuensi nafas 88pm/ menit gizi : gizi S: pasien mengalami pasi 8 yang dalam nyaman 0: O2 Nasal canul 2 lpm terdengar di hidung	<i>Y</i> Himawati
	07.15	3. Mempersiapkan semis power untuk mengalih 80ml nafas	S: pasien mengalihkan suara nyaman 0: pasien tampak lebih nyaman dan nyeri	<i>J</i> Himawati
	07.20	4. Mengidentifikasi gangguan fungsi tulang punggung kederahan	S: 0: pasien fungsi mengalami penurunan fungsi punggung mengalihkan 80% kepal	<i>J</i> Himawati
	07.30	5. Mengajarkan teknik Pursed-lips Breathing Untuk mengurangi strak nafas serta mengurangi manifestasi nyeri PCB	S: pasien mengalihkan suara pasien PCB dan akan mencuci PCB 0: pasien tampak kooperatif dan memperbaiki suara dengan teknik mengalihkan mengurangi manifestasi	<i>J</i> Himawati
	07.45	6. Mendorong pasien PCB bersama pasien	S: pasien suka dapat merasakan PCB 0: pasien tampak merasakan PCB dengan nyeri	<i>J</i> Himawati
	07.55	7. Mengajukan medikamente PCB saat strak nafas	S: pasien mengalihkan akan dirig medikamente PCB supaya nafas dan suara lebih nyaman 0: pasien tampak merasakan merasakan PCB merasakan PCB : 20 menit gizi : 32	<i>J</i> Himawati
PPPN UNAIIC	08.00	8. Mengajukan tisu kating staple untuk mengalihkan punggung pembulian	S: - 0: pasien tampak tertidur dan BAK mengalihkan punggung	<i>J</i> Himawati
	08.30	9. Memberikan toapi sterior adhesif, pppt atau gambaran / kolf	S: -	<i>J</i> Himawati
	10.00	10. Memberikan Nebulizer Combivent + nebulisator	0: nebulisator bukan sudah masuk S: pasien mengalihkan nebulis lagi tetapi alih 0: Nebulisator bukan sudah masuk	<i>J</i> Himawati
	12.00	11. Bekerjasama dengan ahli gizi untuk menjaga nutrisi pasien	S: - 0: Ahli gizi sudah memantau nutrisi pasien	<i>J</i> Himawati
	13.00	12. Mencatat pasien pasien pada CPPR	S: 0: CPPR sudah tercatat pada ringan	<i>J</i> Himawati
	14.00	13. Melakukan operasi juga	S: 0: operasi juga masih bersifat teknis pasien untuk mengalihkan Intervensi	

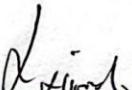
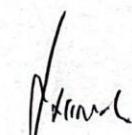
IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	TTD/Nama
1.	15-02-2018 14.30	1. Memfasilitasi pasien duduk diri sejajar hadir dan mendekatkan dirinya	S: - O: pasien tampak lemah mengambil taburan dengan sendiri duduk	Atiawih
	15.00	2. Mengajukan melatutari aktivitas secara teratur	S: pasien mengalihkan aktivitas ke dalam tahanan leburang O: pasien tampak lemah dan duduk sendiri	Atiawih
	16.00	3. Melakukan TTV dan menanyakan perihal resiko reaksi	S: pasien mengalihkan aktivitas ke dalam tahanan leburang O: TB: 129/76 mmHg 14.800 bpm - S: 365 RR: 20x/mint - pasien tampak mulai terasa tidak nyaman OZ NK 21pm	Atiawih
	17.00	4. Membenarkan teknik puncak lips Breathing untuk mengurangi resiko	S: pasien mengalihkan aktivitas ke dalam tahanan leburang SBC O: pasien tampak lemah tetapi dan nyaman terhadap leburang PR: 24x/mint SPO2: 97%	Atiawih
	18.00	5. Melakukan injeksi MP 30mg/djam melalui intravena	O: MP 30mg melalui intravena tidak nyaman	Atiawih
	20.00	6. Mengidentifikasi pola aktivitas hadir	S: pasien mengalihkan selama duduk terus lebur dan tahan leburang karena tampak nyaman yg ini O: tampak terus mengalihkan	Atiawih
	21.00	7. Memerlukan sinyal membatasi lampu	S: pasien mengalihkan nyaman sedi O: lampu nyalin dirasakan	Atiawih
	21.00	7. Melakukan ofcan jg dan pemeriksaan intravena		
	22.00	7. Menyajikan sedasi pembenaran obat untuk mengurangi fibur leburang	S: - O: Obat oral 22.00 sedasi diketahui yaitu kelenjar II	Atiawih
	22.05	8. Melakukan operasi juga dan merawat kondisi pasien pada CPT	S: O: sebal terus pasien dan CPT tidak terisolasi dr sinyal	Atiawih

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	TTD/Nama
1.	18-02-2021 07.26	1. Memonitor buang nafer tanah abu dan fraktilna nafer pasir	S: pasien mengalami buang nafer lembut batik O: selara mengalami buah batik terdapat PT: 20x menit SP02 95%	frinul
	07.30	2. Mengajukan mettutan aktivitas secara ketat	S: pasien mengalami buah batik dapat lembut pasir O: pasien tampak fasil dapat ketatna mandir	frinul
	08.00	3. Mengajukan penyakit cukup telur sedi 82%	S: Jadi mengalih alih lebih bergairah dan tidak sanggup lagi aktif fisik O: pasien tampak menurunkan informasi yg dimengerti	frinul
	09.00	4. Melakukan TN dan menyatakan sehat	S: pasien mengalih alih lebih telur dan romantis Fisik: masih rasa aktif O: TPD: 110x30 mm N: 76 Kimen L: 365°C PT: 19x menit Pulse: 98% - pasien buah batik mengalami 02 - pasien tampak fisik sehat	frinul
		5. Memantau mettutan pasien Ipp Breathing (PLB) Secara Mandiri dan menyatakan sentuh ratah mettutananya di rumah	S: pasien mengalih alih tertutu dan sehat ketika sentuh mettutan PLB tidak mengalami ketar dan akan meredakan PLB di rumah PT: 15x menit SP02 98% O: pasien tampak menurunkan fisik dan baik dan benar pasien tetapnya rasa PT: 18x menit	frinul
	10.00	6. Menemani Iwt PPJF dr & andy sp.p	S: - O: Advise PPJF = BCL sisa keu baik".	
	10.30	7. Mengalih alih telur Persiapan pulang dan Discharge planning PLB di rumah dan pilih pasien PPJF	S: pasien mengalih alih akan pulang dan akan mengalih alih pasien sentuh mettutananya di rumah	frinul
PSPPN UNAIC	11.00	8. Mengalih alih pasien pulang dan menyampaikan mohon	S: - O: pasien drtong ke pintu & untuk pulang mengalih alih dari PPJF	frinul

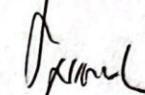
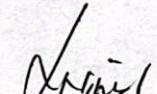
CATATAN PERKEMBANGAN

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan																				
1.	Jumat, 14-2-25 14.00 WIB	Pola nafas tidak efektif b.d. hambaran usaha nafas	<p>S: Pasien mengalami kesulitan bernafas dan detak jantung cepat. Detak jantung cepat aktivitas pasien juga tidak teratur dan tidak teratur pada pagi hari.</p> <p>O: Tegangan 02 NW 21pm Pulse: 24 mmHg SPO2: 92% Pr tumpah-persik</p> <p>A: Mewajibkan pola nafas tidak efektif belum teratasi dengan baik!</p> <p>Indikator</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Aw</th> <th>W</th> <th>Ad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Detak jantung</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Pernapasan aktifitas</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Pernapasan aktifitas</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Keterangan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Detak jantung meningkat 3. Sedang 4. Detak jantung meningkat 5. Normal <p>I: Langkah Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor keadaan pasien 2. Bentuk teknik pNB 	No	Indikator	Aw	W	Ad	1.	Detak jantung	2	4	2	2.	Pernapasan aktifitas	2	4	2	3.	Pernapasan aktifitas	2	4	2	
No	Indikator	Aw	W	Ad																				
1.	Detak jantung	2	4	2																				
2.	Pernapasan aktifitas	2	4	2																				
3.	Pernapasan aktifitas	2	4	2																				
2	Jumat, 14-2-25 14.00 WIB	Intoleransi aktivitas f.d. ketidakseimbangan antara kapasitas dan keterbatasan obligasi	<p>S: Pasien mengalami kesulitan bernafas dan detak jantung cepat.</p> <p>O: Pasien tampak terburu-buru. Aktivitas yang ringan dilakukan dengan baik.</p> <p>A: Mewajibkan intoleransi aktivitas belum teratasi dengan baik. Hasil: toleransi aktivitas</p> <p>Indikator</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Aw</th> <th>W</th> <th>Ad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kelelahan lelah</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Dirasa susah aktivitas</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Dirasa susah aktivitas</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Keterangan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Detak jantung meningkat 3. Sedang 4. Detak jantung meningkat 5. Normal <p>I: Langkah Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anusirian tidak benar 	No	Indikator	Aw	W	Ad	1.	Kelelahan lelah	2	4	2	2.	Dirasa susah aktivitas	2	4	2	3.	Dirasa susah aktivitas	2	4	2	
No	Indikator	Aw	W	Ad																				
1.	Kelelahan lelah	2	4	2																				
2.	Dirasa susah aktivitas	2	4	2																				
3.	Dirasa susah aktivitas	2	4	2																				
3.	Jumat, 14-2-25 14.00 WIB	Gangguan pola hidur b.d. flambatan (ingkaran)	<p>S: Pasien mengalami kesulitan bernafas dan detak jantung cepat terjadi saat tiba-tiba terjadi dan terakibat pada anabolik.</p> <p>O: Tampak kantong mukosa menghitam. Tampak sariawan dan fluida kontrast.</p> <p>A: Mewajibkan gangguan pola hidur belum teratasi dengan baik. Hasil: pola hidur</p> <p>Indikator</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Aw</th> <th>W</th> <th>Ad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kelelahan saat hidur</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kelelahan sering terjadi</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kelelahan tidak teratur</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Keterangan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Detak jantung meningkat 3. Sedang 4. Detak jantung meningkat 5. Normal <p>I: Langkah Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi obat-obatan penahanan obat 2. Membantu mengingkarkan dg merekomendasikan pencaharan 	No	Indikator	Aw	W	Ad	1.	Kelelahan saat hidur	2	4	2	2.	Kelelahan sering terjadi	2	4	2	3.	Kelelahan tidak teratur	2	4	2	
No	Indikator	Aw	W	Ad																				
1.	Kelelahan saat hidur	2	4	2																				
2.	Kelelahan sering terjadi	2	4	2																				
3.	Kelelahan tidak teratur	2	4	2																				

CATATAN PERKEMBANGAN

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan																				
1.	Sabtu, 18-2-28 22.00	Pola nafas tidak efektif l. & hambaran upaya nafas	<p>S: Pasien mengalami batuk kering namun masih diberi obat antikatuk setiap 8 jam. PNB terasa nyeri dan ruak nafas berkurang</p> <p>O: Pasien terpantau okt. Nafas 14pm PR: 24/min, SAB: 87/ Pasien tampak tetap baik seluruhnya</p> <p>A: Marzalah pola nafas tidak efektif baik berdasarkan kriteria baku: Pola - nafas</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>D</th> <th>AK</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>batuk kering</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>frekuensi nafas</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>keteterangan: 1. merah 2. coklat merah 3. coklat 4. coklat muda 5. kuning</p> <p>P: Langkah intervensi 1. Monitor nafas dan detak jantung 2. Konsultasi PNB & seorang lain saat detak jantung</p>	No	Indikator	Awal	D	AK	1.	batuk kering	✓	✓	✓	2.	frekuensi nafas	2	1	3	<i>✓ Hima</i>					
No	Indikator	Awal	D	AK																				
1.	batuk kering	✓	✓	✓																				
2.	frekuensi nafas	2	1	3																				
2.	Sabtu, 18-2-28 22.00	Intoleransi aktivitas fisiologis akibat perbedaan kenyamanan antara nyaman dan ketidaknyamanan	<p>S: Pasien mengalami susah berjalan pedikit sedikit duduk dan susah berdiri. Kondisi nyaman dan tidak nyaman</p> <p>O: Pasien tampak duduk normal dan tampak lebih seger. Tampak tidak nafas saat jalan</p> <p>A: Marzalah Intoleransi aktivitas baik berdasarkan kriteria baku: Toleransi aktivitas</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>D</th> <th>AK</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kekurangan tidur</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>distress saat aktivitas</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>distress saat istirahat</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>keteterangan: 1. merah 2. coklat muda 3. coklat 4. coklat muda 5. kuning</p> <p>P: Langkah intervensi 1. Konsultasi aktivitas dan ketidaknyamanan 2. Jelaskan pentingnya tetap hidup sehat</p>	No	Indikator	Awal	D	AK	1.	Kekurangan tidur	2	4	3	2.	distress saat aktivitas	2	4	3	3.	distress saat istirahat	2	4	3	<i>✓ Hima</i>
No	Indikator	Awal	D	AK																				
1.	Kekurangan tidur	2	4	3																				
2.	distress saat aktivitas	2	4	3																				
3.	distress saat istirahat	2	4	3																				
3.	Sabtu 18-2-28 22.00	Gangguan pola tidur & hambaran ngoronggor	<p>S: Pasien mengalami batuk kering nyeri kepala, sakit dan kerap batuk setiap 8 jam</p> <p>O: Pasien tampak lelah dan mengantuk satu-satu yang mengantuk</p> <p>A: Marzalah gangguan pola tidur baik berdasarkan kriteria baku: Pola tidur</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Awal</th> <th>D</th> <th>AK</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 setelah tidur</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>kelelahan saat bangun</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>keteterangan: 1. merah 2. coklat muda 3. coklat 4. coklat muda 5. kuning</p> <p>P: Langkah intervensi 1. Jelaskan pentingnya tidur 2. tidur & tidur yang berkualitas</p>	No	Indikator	Awal	D	AK	1.	kelelahan saat tidur	2	4	2	2.	kelelahan setelah tidur	2	4	3	3.	kelelahan saat bangun	2	4	2	<i>✓ Hima</i>
No	Indikator	Awal	D	AK																				
1.	kelelahan saat tidur	2	4	2																				
2.	kelelahan setelah tidur	2	4	3																				
3.	kelelahan saat bangun	2	4	2																				

CATATAN PERKEMBANGAN

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan												
1.	Minggu, 16-2-22 12.00	pola nafas tidak efektif b.d hamilahan upaya nafas	<p>P: pasien mengeluhkan susah nafas saat nafas, hidung sukar berdebu dan sesak. Edakol pnb pr mengeluhkan batuk, batuk pnb kant. respiration. A : Pasien tampak tidak sehat, hidung sukar berdebu dan tidak berdebu. Batuk kental. PR: 15 K/min, SPO₂: 98%. HR aban pnb mandarin.</p> <p>A : Pasien tidak nafas nafas efektif b.d hamilahan upaya nafas tertarik dg batuk kental : Pola nafas</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Kuadran</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>batuk kental</td> <td>2/4/0</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>frekuensi nafas</td> <td>2/4/4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan : 1. merah 2. kuning 2. coklat merah 3. coklat merah 4. merah</p> <p>P : Membuat intervensi ds discharge planning Bppl dan edukasi pnb arus air secara mandiri.</p>	No	Indikator	Kuadran	1.	batuk kental	2/4/0	2.	frekuensi nafas	2/4/4				
No	Indikator	Kuadran														
1.	batuk kental	2/4/0														
2.	frekuensi nafas	2/4/4														
2.	Minggu, 16-2-22 12.00	Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<p>P: pasien mengeluhkan susah nafas berdebu dan tidak sehat respon hidung tidak baik.</p> <p>O: pasien tampak tidak aktif ADL mandiri tanpa dibantuan orang sekitar. pasien tampak lemah tetapi dapat berdiri.</p> <p>A: Pasien tidak toleransi aktivitas tertarik dengan intervensi terapi aktivitas akhirnya</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Kuadran</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>lari 100m</td> <td>2/4/4</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>aspriasi saat aktivitas</td> <td>1/2/4</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>berjalan sejauh 50m</td> <td>1/4/4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan : 1. Merah 2. Coklat merah 3. Kuning 4. Coklat merah 5. Merah</p> <p>P : Membuat intervensi ds discharge planning Edukasi teknik hidup sehat dan untuk pemulihannya</p>	No	Indikator	Kuadran	1.	lari 100m	2/4/4	2.	aspriasi saat aktivitas	1/2/4	3.	berjalan sejauh 50m	1/4/4	
No	Indikator	Kuadran														
1.	lari 100m	2/4/4														
2.	aspriasi saat aktivitas	1/2/4														
3.	berjalan sejauh 50m	1/4/4														
3.	Minggu 16-02-22 12.00	gangguan pola hidup b.d hamilahan lingkar	<p>P: pasien mengeluhkan Susah bis hidup namun hanya berhenti karena tidak nyaman dg lingkar. Karena terlalu terikat dengan lingkar.</p> <p>O: pasien tampak masih mengeluhkan pasien tampak mengantuk</p> <p>A : Pasien tidak toleransi pola hidup belum tertarik dengan intervensi. Keterangan : pola hidup</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Kuadran</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>berulang kali tutup tutup</td> <td>2/4/3</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>berulang kali tutup tutup</td> <td>2/4/3</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>berulang kali tutup tutup</td> <td>2/4/3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan : 1. Merah 2. Coklat merah 3. Kuning 4. Coklat merah 5. Merah</p> <p>P : Membuat intervensi Edukasi teknik hidup sehat dan untuk pemulihannya</p>	No	Indikator	Kuadran	1.	berulang kali tutup tutup	2/4/3	2.	berulang kali tutup tutup	2/4/3	3.	berulang kali tutup tutup	2/4/3	
No	Indikator	Kuadran														
1.	berulang kali tutup tutup	2/4/3														
2.	berulang kali tutup tutup	2/4/3														
3.	berulang kali tutup tutup	2/4/3														



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 ekhalasi 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-otor pernapasan, meningkatkan ventilasi paru dan memperbaiki oksigenasi

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 ekhalasi 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 mengontraksikan 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 teknik 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

